Nr. 16. i 17. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne.

Dr. Robert BERNHARDT. Warszawa.
Ordynator szp. Sw. Łazarza w Warszawie.

### Anafilaksja antypirynowa.

Kwestja powstawania osutek lekowych zawsze żywo zajmowała umysły dermatologów. Sprawa stała się jednak jeszcze bardziej aktualną z chwilą, gdy nauka o anafilaksji wzięła ten szalony rozmach, którego obecnie jesteśmy świadkami, i gdy w zakres swych dociekań wciągnęła również osutki pochodzenia lekowego. Zwracało bowiem uwagę, że to , co spostrzega się w dziedzinie tych osutek, bardzo przypomina wstrząs anafilaktyczny, a działanie anafilaktujące ciał krystalizujących można przecie objaśnić teorją anafilaksji pośredniej Ch. Richet'a. Zastanawiała też okoliczność, że u ludzi, dotkniętych schorzeniami niewątpliwie pochodzenia anafilaktycznego (dychawica, niektóre rodzaje migreny, pokrzywka i t. p.), można częstokroć stwierdzić zjawiska nieznoszenia pewnych leków. Okazało się ponadto, że u tych chorych leki takie w wielu razach mogą nawet spowodować wystąpienie wstrząsu (np. napadu dychawicy). Wobec tego wydaje się prawdopodobnem, że musi istnieć jakaś łączność pomiędzy anafilaksją a idiosynkrazją lekową. Jest też rzeczą oczywistą, że trudno dziś przeprowadzić granicę ścisłą pomiędzy temi dwoma szeregami zjawisk patologicznych, które są widocznie wyrazem pewnej zdolności reakcyjnej ustroju, zależnej od jego konstytucji. „W patologji ludzkiej sama anafilaksja spontaniczna (najczęściej pokarmowa) już może być poczytywana za idiosynkrazję", mówi F. Widal. „Nie ten się anafilaktyzuje kto chce, lecz ten, kto musi". Owo „musi" świadczy zaś o osobniczej skłonności chorobowej zupełnie takiej, jaką spostrzegamy w idiosynkrazji.

Powyższe dane i rozważania sprawiły, że kwestja osutek lekowych obecnie wypłynęła na szersze fale i stała się przedmiotem badań już nietylko dermatologów, lecz również terapeutów i patologów. Ostatnie lata przyniosły też obfity plon naukowy, który znakomicie pogłębił nasze wiadomości. Jest rzeczą nader ciekawą, że nadwrażliwość antypirynowa stanowi jeden z częstszych tematów tych prac. Sprawą tą niemało zajmowali się badacze francuscy i amerykańscy. Wykazano nietylko możność stopniowego uczulania się na antypirynę, lecz wypracowano też odpowiednie metody odczulania ustroju. Udowodniono ponadto, że w pewnym odsetku spostrzeżeń można wykryć w ustroju uczulonym obecność swoistych przeciwciał, które udaje się przenieść na zwierzę zdrowe, powodując zjawiska anafilaksji biernej (Bruck, Cruveilhier i in.). Spostrzeżenie, które poniżej przytaczam, jest nowym przyczynkiem do nauki o osobniczej nadwrażliwości antypirynowej.

W kwietniu r. b. kol. Stefan Pręczkowski skierował na mój oddział szpitalny 40-letnią p. N. z powodu swędzącej osutki, trwającej około 2 lat. Już na pierwszy rzut oka mogłem stwierdzić, że mam przed sobą osobnika z osutką antypirynową typu trwałego rumienia barwikowego (*antipyrinide erythemato-pigmentée fixe*). Zmiany skóry były bowiem nader typowe. Mieściły się one w okolicy sutki lewej, na brzuchu poniżej pępka, na prawej powierzchni bocznej tułowia, w okolicy wzgórka łonowego i wreszcie na powierzchni wewnętrznej ud bliżej fałdy łonowo-udowej Osutkę tworzyły okrągłe i owalne placki średnicy 3—5 cm. w wymiarze podłużnym, barwy brunatnej a miejscami nawet ciemnobrunatnej, otoczone wąskiem obrzeżem żywo czerwonem W obrębie wykwitów skóra była nieco obrzmiała, powierzchnia równa i gładka. Tylko najciemniejsze placki ujawniały słabe łuszczenie. Odgraniczenie od otoczenia było dosyć ostre. Wykwity nigdzie nie łączyły i nie zlewały się ze sobą, a ich ułożenie nie było umiarowe Najmniejszy i, jak się okazało, najświeższy placek, mieszczący się w lewej okolicy sutkowej, posiadał zabarwienie brudnożółte z domieszką odcieni różowych. Zarysy jego były mniej wyraźne niż pozostałych wykwitów. Innych zmian w skórze nie spostrzeżono. Błony śluzowe były wolne. — Osutka powoduje dotkliwe pieczenie i swędzenie, które występuje jedynie w okresach nasilenia się sprawy chorobowej i trwa 1—2 doby. Stan obecny chorej odpowiada takiemu okresowi (2 gi dzień).

Z wywiadów należy podnieść następujące szczegóły. Przed laty mniej więcej 10-ma pani N. cierpiała na zaburzenia kiszkowe. Wówczas trapiła ją pokrzywka, której zależność od spożycia jaj chora zaznacza z całą stanowczością. Pokrzywka trwała $1^1/_2$ r., poczem minęła bez dalszych następstw tak, że chora zaczęła znowu dobrze znosić jaja. Przed 5—6 laty zjawiły się bóle głowy, trwające do tej pory. Są to bóle raczej migreniczne, które występują okresowo i którym towarzyszą mdłości. Do wymiotów nie dochodzi. Z powodu tych bólów chora z porady lekarzy zażywała różne proszki uśmierzające. Początkowo w ciągu 3—4 lat p. N. stosowała antypirynę (0,5) i antypirynę wraz z aspiryną (a.a. 0,35), obecnie od 2 lat zażywa prócz tego aspirynę lub pyramidon (po 0,50). Po którym z tych leków następuje nasilenie osutki, tego chora nie umie powiedzieć. Nie przypuszczała ona nawet, aby mogła istnieć taka łączność przyczynowa, a to tembardziej, że siostra z powodu bólów głowy bez szkody zażywa od szeregu lat te same proszki.

Od trzech lat datuje się prócz tego jakieś schorzenie narządów rodnych, połączone z obfitemi upławami i bólami w części dolnej brzucha. Rodziła 3 razy. Miesiączka przyśpieszona, obfita, trwa 5—6 dni co 2—3 tygod.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło szczególniejszych zmian poza nieznacznem stłumieniem odgłosu opukowego i wydłużeniem wydechu w szczycie płuca prawego. Istnieje niewielki stopień niedokrwistości. Szczupła. W narządach kobiecych stwierdzono objawy zapalenia nieżytowego błony śluzowej macicy, oraz zajęcie przydatków prawych (kol. Zalewska-Zytkowicz). Mocz jest prawidłowy. Gruczoł tarczowy jest macalny, lecz nie powiększony wyraźnie. Drżenie palców rąk. Potnienie nadmierne. Zjawiska naczynioruchowe (rumień przelotny twarzy i mostka). Odruch oko-sercowy jest dodatni (zwolnienie tętna o 20 uderzeń w ciągu 1 min.)

U chorej przeprowadziłem szereg doświadczeń w celu ustalenia, na który z wyż. wskazanych leków jest uczulony ustrój i w jakim stopniu. Próbę Walker'a wykonałem: a) zapomocą rozczynów wodnych antypiryny, aspiryny i pyramidonu, a także b) per se — przez wcieranie w nacięcia proszku roztartego subtelnie. Nacięcia były czynione na przedramieniu. Wynik: antypiryna + +, pyramidon +, aspiryna + —. Próba śródskórna wedle Mantoux, wykonana rozczynami wodnemi, dała wyniki: antypiryna ++, pyramidon +, aspiryna —. Porównawczo biorąc należy powiedzieć, że próba Mantoux spowodowała odczyny silniejsze i pewniejsze. Grudka antypirynowa była widoczna jeszcze po tygodniu, pyramidonowa znikła wcześniej.

20/IV o 9-ej rano chorej podano naczczo 0,50 antypiryny. W 12 min. potem znagła wystąpiło dotkliwe swędzenie i pieczenie, które zniewalało chorą do drapania. Współcześnie plamy barwikowe nieco obrzmiały i otoczyły się obrzeżem czerwonem. Po upływie następnych 15 min. obrzmienie wykwitów było już bardzo wyraźne. Odczyn antypirynowy był dobrze widoczny jeszcze następnego dnia. Swędzenie zniknęło po 2-ch, zjawiska rumieniowe po 3 dobach. Badanie krwi wykazało zjawiska wstrząsu hemoklastycznego (*crise hémoclasique*).

9 godz. — 7400 ciałek białych — 0,50 antypiryny; 9 godz. 15 min. — 3.200; 9 godz. 30 min. — 1400; 9 g. 45 m 2.800; 10 g. — 5.600; 10 g. 15 m. 7.800. Limfocytoza wynosiła 46%. Krzepliwość krwi była wzmożona (14 min.).

24/IV chora zażyła naczczo 0,50 aspiryny. Osutka nie ujawniła żadnego odczynu. Badanie krwi: 9 godz. 45 min. 7.500 leukocytów — 0,50 aspiryny; 10 g. — 7.000; 10 g. 15 m. — 7.800; 10 g. 30 m. 7.600.

26/IV. Podano naczczo 0,50 pyramidonu. Po upływie 20 min. zjawiło się słabe swędzenie, Po następnych 20 min. swędzenie się wzmogło, blaszki nieco obrzmiały, powstał obrąbek zapalny. Odczyn trwał 2 doby. Przebieg: 10 godz. — 6800 leukocytów — 0 50 pyramidonu; 10 g. 15 m. — 3.000; 10 g. 30 m. — 2.400; 10 g. 45 m. — 4.200; 11 g. — 6400; 11 g. 15 m. — 7.200. Limfocytoza 35%. Krzepliwość krwi 11 min.

30/IV wzięto z żyły łokciowej około 20 cmc krwi, a po skrzepnieniu i oddzieleniu się skrzepu zastrzyknięto królikowi dootrzewnowo 4,5 cmc. surowicy. Zwierzę ważyło 1650 g W dobę potem zastrzyknąłem królikowi do żyły usznej 0,15 antypiryny w roztworze wodnym. Niemal natychmiast wystąpił wstrząs. Zjawiły się drgawki głowy, szyi, kończyn. Zwierzę upadło na bok. Później podniosło się ono na łapki przednie mając porażone tylne. Oddech był znacznie przyśpieszony i utrudniony. Sierść zjeżyła się na szyi i grzbiecie. Groźny stan trwał 10 min., poczem zwierzę poczęło się poprawiać stopniowo. Królik pozostał przy życiu.

W doświadczeniu kontrolnem zastrzyknięto dożylnie 0,20 antypiryny królikowi wagi 1900 g., nieuczulonemu poprzednio. Odczynu nie było.

Gdy więc na zasadzie powyższych danych można było powiedzieć z pewnością, że ustrój chorej jest nadwrażliwy na antypirynę (także na pyramidon), wówczas zrodziła się konieczność zastosowania odpowiedniego leczenia odczulającego, Podawałem zatem antypirynę począwszy od dawek bardzo małych, które następnie powiększałem stopniowo. Odczulanie rozpoczęto 30. IV od dawki 0.002 podskórnie. Zastrzykując codziennie coraz większą dawkę, doszedłem do 0,10, poczem podawałem antypirynę do wewnątrz (w ciągu 3 kolejnych dni po 0,15 — 0,20 — 0,25) Przy dawce 0,25 sprawdziłem wstrząs hemoklastyczny pomimo braku objawów klinicznych, gdyż nadmienić należy, że powyższe dawki chora znosiła doskonale. Wynik badania krwi był ujemny (30 V. 0,25 antypiryny — leukocytoza co 15 min.: 7.200 : 6.400 : 7.000 : 6.800). Postępując jak wyżej i dodając co 2—3 dni po 0,05 doszedłem do dawki 0,50. W 3 godziny po zażyciu pierwszego proszku antypiryny 0,50 wystąpiło słabe swędzenie, jednakże bez widocznego obrzmienia wykwitów i bez wytworzenia się obwódki rumieniowej. Wobec tego powróciłem do ostatniej dosis tolerata 0,45 i podawałem ją 2 razy dziennie w ciągu tygodnia. Po upływie tego czasu chora dobrze zniosła dawkę 0,20 antypiryny, a po kilku dniach dawka 0,75 a nawet 1,00 nie spowodowały żadnych objawów klinicznych ani hematologicznych. Pyramidon 0.5 również nie spowodował odczynu. Leczenie przerwano (29. VI.) Dodać muszę, że w ciągu tych 2 miesięcy osutka antypirynowa znacznie zbladła, a napady migreny zjawiały się o wiele rzadziej.

Jak widać z danych przytoczonego spostrzeżenia, miałem do czynienia z chorą, wykazującą szereg schorzeń charakteru anafilaktycznego i zdradzającą prócz tego objawy wagotonji, nadczynności tarczycy i jajników. Już sama obecność hyperwagotonji sprzyja uczuleniu. Wagotonja jest bowiem czynnikiem, który zmniejsza odporność ustroju na działanie szkodliwe różnych bodźców toksycznych, stan zaś taki ujawnia się najczęściej pod postacią anafilaksji (G a r r e l o n, S a n t e n o i s e, T i n e l). W danym przypadku pogląd ten widocznie się potwierdza. Najpierw (przed 10 laty) chora uległa uczuleniu pokarmowemu. Zjawiła się anafilaksja pokarmowa, której wyrazem widocznym była pokrzywka po spożyciu białka kurzego. Następnie p. N. zaczęła cierpieć na migrenę. Nie będziemy dalecy od prawdy jeżeli przypuścimy, że i ta sprawa może być pochodzenia anafilaktycznego. Nie mogę na to dostarczyć dowodów, gdyż w danym razie zajmowała mnie więcej osutka antypirynowa, niż migrena. Sądzę jednak, że całokształt kliniczny upoważnia do takich wniosków. Zastanawia też, że pod wpływem leczenia odczulającego, znacznie się zmniejszyła częstość napadów migreny. Wreszcie przed 2 laty chora uczuliła się na antypirynę, co było połączone z wystąpieniem osutki typu trwałego rumienia barwikowego, a więc zmian skóry najbardziej znamiennych dla wzmiankowanego leku. Rozważając ten fakt, należy odpowiedzieć na 2 pytania: 1) czy mamy tu mówić o nieznoszeniu antypiryny, czyli o idiosynkrazji w znaczeniu ściślejszem, 2) czy też stoimy wobec zjawisk uczulenia, czyli prawdziwej anafilaksji lekowej. Pytanie pierwsze upadło z chwilą, gdy się wyjaśniło, że zmiany skóry wytworzyły się nie po pierwszem zażyciu antypiryny, lecz po bardzo licznych dawkach, stosowanych w ciągu kilku lat. Przeciwko idiosynkrazji przemawia ponadto okoliczność, że po odczuleniu chora doskonale znosiła antypirynę nawet w dawkach o wiele wyższych od zalecanych poprzednio. Na pytanie drugie można odpowiedzieć twierdząco zważywszy: 1) że wrażliwość na antypirynę rozwijała się stopniowo — w ciągu 3—4 lat (okres przygotowawczy, okres przeczulania); 2) że w okresie jawnym nadwrażliwości można było: a) dowolnie spowodować zjawiska wstrząsu anafilaktycznego przez zadanie odpowiedniej dawki leku (nasilenie się osutki antypirynowej); b) wykazać swoisty stan alergiczny skóry (próba na i śródskórna); c) wykryć zmiany krwi znamienne dla wstrząsu (limfocytoza, wzmożona krzepliwość, wstrząs hemoklastyczny); d) wywołać zjawiska anafilaksji biernej (dowód obecności we krwi badanej swoistych ciał anafilaktujących), wreszcie 3) że najzupełniej powiodło się leczenie odczulające.

Jeżeli zatem w danym przypadku mamy prawo zaliczyć osutkę antypirynową do kategorji anafilaktycznych, to nie wynika z tego, abyśmy dziś już mieli uogólniać tego rodzaju fakty. W zawiłej sprawie osutek lekowych jest do zrobienia jeszcze bardzo wiele, Zdaje się jednak, że nowsze prace idą właśnie po tej linji, kładąc wielki nacisk dowodowy na wyniki pomyślne leczenia przeciwanafilaktycznego i odczulającego. W tym też sensie mogą być tłumaczone własne moje przyczynki do znajomości osutek poarsenobenzolowych oraz rtęcic (patrz. Lek. Wojsk. 1922 Nr. 4, oraz sprawozdanie z posiedzeń Pol. Tow. Derm. 1922),

W wyżej przytoczonem spostrzeżeniu zasługuje na uwagę jeszcze ta okoliczność, że ustrój uległ uczuleniu nietylko na antypirynę, lecz również na pyramidon. Nie ma w tem nic niezwykłego z punktu widzenia chemicznego, wiadomo bowiem, że pyramidon (dwumetylamidofenylodwumetylopyrazolon) jest pochodną antypiryny (fenylodwumetylopyrazolonu). Wynikałoby jednak z tego, że ustrój może się tak dokładnie uczulić na pewną grupę chemiczną, że odczyn anafilaktyczny występuje nawet wówczas, gdy zadamy to ciało w formie nowego związku chemicznego. Ważnem było stwierdzenie faktu, czy w danem spostrzeżeniu salipiryna również powoduje nasilenie się osutki antypirynowej (salipiryna jest połączeniem, otrzymanem z antypiryny i kw. salicylowego). Otóż okazało się, ze salipiryna w dawce 0.5, zadana w czasie stosowania leczenia odczulającego, wywołała taki sam odczyn, jak antypiryna i pyramidon.

---

Dr. Franciszek NARÓG, asystent kliniki. Lwów.

## Przypadek choroby M i k u l i c z a.

Z kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: prof. dr. A. B e d n a r s k i.

Za chorobę M i k u l i c z a uważamy zbiór objawów (chorobowych), w zakres którego wchodzi symetryczny obrzęk gruczołów łzowych, przyusznych, podjęzykowych i podszczękowych bez zmian w składzie krwi. W przypadku, który zgłosił się ambulatoryjnie na klinikę okulistyczną w dniu 7. V. ub. r. jest wprawdzie tylko symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i podjęzykowych, ale śmiało można go wliczyć do kategorji schorzenia M i k u l i c z a, gdyż on sam uwzględnił tego rodzaju ewentualność, gdzie nie przychodzi do obrzęku wszystkich ślinianek. Podobny przypadek z obrzękiem symetrycznym gruczołów łzowych i podjęzykowych, jako chorobę M i k u l i c z a na tle gruźlicy, podał D e t z e l. Jest to jedyny przypadek jaki spotkałem w literaturze z zajęciem tylko tych gruczołów.

Wogóle bardzo rzadkie to schorzenie, o charakterystycznym przebiegu, przedstawione dotychczas w literaturze okulistycznej zagranicznej w 100 przypadkach, jak podaje S c h m a l f u s s i C o n s t a n t i n, o niezróżniczkowanej patogenezie i etjologji, sądzę, ze upoważnia mnie do opisania przypadku, chociaż krótko obserwowanego, gdyż chory wyjechał ze Lwowa.

W y w i a d y: Chory na oczy nigdy nie chorował, obustronnie widział dobrze, żadnych chorób od dzieciństwa nie przechodził prócz częstego bólu zębów z obrzękiem twarzy. Dopiero przed 3 tygodniami, jak podaje, zauważył nabrzmienie bolesne górnej powieki lewego oka, które zmniejszyło się pod okładami z zimnej wody po 5 dniach, pozostawiwszy guzowate zgrubienie powieki górnej pod oczodołem, w okolicy kącika zewnętrznego, natomiast na prawem oku powstał przed 3 dniami podobny obrzęk bolesny na górnej powiece. Wenerycznie nie był chory, tytoniu i alkoholu nie nadużywał. Służył 9 lat w wojsku i dopiero teraz został zwolniony. Z rodziny ojciec umarł ze starości, matka, brat i siostra zdrowi.

Stan obecny: 7. V. Chory M. B., lat 38, rz.-kat., leśny, wzrostu średniego, dobrze odżywiony, mięśnie rozrośnięte dobrze, podściółka tłuszczowa dobra, twarz kwadratowa, skóra nieco blada z odcieniem żółtym, jakby nalana i pulchna.

O. p. Powieka górna obrzękła w całości, zaczerwieniona, bolesna. Pod okładami z kwaśnej wody obrzęk zmniejszył się po dwóch dniach tak, że gdy chory zgłosił się do II. ambulatorjum 9. V. stan przedstawia się następująco:

Powieki obustronnie nieco obwisłe, przy patrzeniu wprost powieka górna zakrywa $\frac{1}{4}$ rogówki, dołek podoczodołowy obustronnie zatarty. W okolicy kącika zewnętrznego oka prawego tuż pod brzegiem oczodołu górnego nazewnątrz widoczny guz wielkości dużego ziarnka fasoli; odpowiednio po drugiej stronie nad okiem lewem znajduje się guz nieco mniejszy. Wypuklenie powiek górnych w okolicy gruczołów łzowych uwydatnia się wybitniej przy oczach zamkniętych

Dotykiem wyczuwa się guz o powierzchni wypukłej, guzkowatej, o budowie zrazikowej, zajmujący 1/3 część górnej powieki od zewnątrz, o konsystencji twardej, bolesny. Tylną swą powierzchnią zrośnięty z oczodołem, nieprzesuwalny, wystający języczkowato tuż pod brzegiem oczodołu górnego. Bolesność większa po stronie skroniowej na dotyk. Skóra nad nim nieco obrzękła, przesuwalna, opadnięta, nieznaczna »blepharochalasis«. Symetrycznie po lewej stronie takiż sam guz, tylko nieco mniejszy, jak to widać na załączonej fotografji, którą chory sam przyniósł ze sobą.

Oba guzy przeszły obecnie w stadjum procesu chronicznego zapalenia i przerostu łączno-tkankowego. Pierwsza gałąź nerwu trójdzielnego bolesna na ucisk. Spojówka gałki jest blada, spojówka powieki dolnej rozlanie nastrzykana, z wydzieliną śluzową. Powieka po stronie zewnętrznej nie da się odwrócić, ruchy gałki ku górze obustronnie nieco ograniczone. Błona śluzowa jamy ust różowa, zęby trzonowe po obu stronach zepsute i karietyczne.



Fotografja zrobiona przed zapaleniem ostrem prawego gruczołu łzowego, lewy gruczoł w stanie chronicznego zapalenia.

Gruczoły podjęzykowe silnie nabrzmiałe, powiększone języczkowato, sięgają prawie do wyrostka zębodołowego i wypełniają całą podstawę jamy ustnej. Gruczoły podszczękowe macalne, przyuszne rozlane, cokolwiek większe, gruczoł tarczykowy nieco powiększony, inne gruczoły bez zmian, śledziona nie powiększona, narządy rozrodcze prawidłowe. Serce, płuca bez zmian. Inteligencja chorego nieco upośledzona; daje się zauważyć u niego częste roztargnienie, wpada na pierwszy rzut oka dziwaczny strój, jak np. tyrolski kapelusz z pióropuszem; kłania się po kilka razy, robi przesadne obietnice, nie trafia na miejsce, skąd przed chwilą wyszedł.

Proba Wassermanna, przeprowadzona w zakładzie higjeny, wypadła ujemnie.

Obraz krwi według badania na klinice wewnętrznej: Ilość ciałek białych 4,800, ciałek czerwonych 4,610.000, % hemoglobiny 87 Sahli. Zawartość hemoglobiny w 1 ciałku I = 0·94, leukocyty 64%, tuczne 2·8%, limfocyty małe 28·8%, duże 2·4%, ciałek przejściowych 1·2%, monocytów 0·4%. Ciałek jądrzastych ani polichromatofilnych nie zaleziono.

Co do powstania tego schorzenia mamy cały szereg zapatrywań. Przed Mikuliczem w r. 1872 zwrócił uwagę na nie Arnold i Becker, którzy uważali je za ziarniaki limfatyczne, (lymplogranuloma), w r. 1881 określił je Abadie jako limfatyczny przerost łącznotkankowy, w r. 1887 Drost i w r. 1892 Lapersonne dopatrywali się zakażenia na tle gruźliczem. W tym roku ogłosił chirurg Mikulicz swą pracę, w której za pierwotny objaw uznał obrzęk gruczołów łzowych, a dopiero jako następowy obrzęk gruczołów przyusznych, podjęzykowych i podszczękowych, wywołany przez proces chroniczno-zapalny na drodze zakażenia zewnętrznego. Za punkt wyjścia uważał worek spojówkowy, skąd drobnoustroje lub ich toksyny mogły się przedostać przez kanał nosowo-łzowy do jamy ust. Odnośne zapatrywanie następców Mikulicza da się ująć w następujące grupy:

A) Na podstawie badań drobnowidowych uważano: chorobę Mikulicza jako limfatyczny naciek (Meller, Brunn, Wallenfang i t. d.), jako zwykłe limfoidalne bujanie tkanki (Mikulicz, Kümmel, Tietze, Hormel, Friedrich, Elrot i Gram), jako proces chroniczno-zapalny (Hirsch, Hähnle, Hackel, Dreufuss, Quincke, Kalbs), jako lokalny objaw gruźlicy (manifestatio tuberculosa) Duyse, Pick, Osler, Stierzn, Panze, Goldzieher, Fleischer, Plitt, Krailsheimer, Fleischer, Napp, Ingersheimer, Poellot, Plate-Lewandowski, Gougerot, Detzel, Stock, Ohno), w końcu jako objaw kiłowy (Zirn, Gutmann).

B) Na podstawie badań klinicznych jako zbiór objawów przy schorzeniach organicznych chorobę tę obserwowano przy zaburzeniu systemu wydzielniczego (Dunn), przy zadrażnieniu w ośrodkach sympatycznych i przy zaburzeniach wazo-motorycznych (Mery, Lucien Girard et Mercier), przy zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w czasie okresów: »Menstruatio et dysfunctio ovarii« (Taschenberg) i przy niedokrewności mniej lub więcej rozwiniętej (E. Linndgren). T u r s f i e l d i H u g h podaje, że czasowy obrzęk tych gruczołów może wystąpić przy zakażeniach ogólnych (sepsis), przy zakażeniu gonokokowym (gonorrhoe), przy chorobach infekcyjnych, a może być nawet formą kongenitalną. Schmalfuss i Konstantin przyjmuje możliwość obrzęku czasowego gruczołów przy rumieniu guzkowatym (erythema nodosum).

B r u n n w swoim podziale choroby Mikulicza odróżnia przypadki:

B e z z m i a n k r w i : I.

A) Bez obrzęku gruczołów limfatycznych i śledziony:

a) symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek, b) symetryczny obrzęk gruczołów łzowych, c) obrzęk samych ślinianek.

B) Ze zmianami gruczołów limfatycznych i śledziony:

a) symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek, b) symetryczny obrzęk samych gruczołów łzowych, c) obrzęk samych ślinianek, d) symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek z nacieczeniem na skórze.

Z e z m i a n a m i k r w i : II.

A) Ciężka niedokrewność (anaemia gravis), białaczka rzekoma (pseudoleucaemia) i niedorozwój (aplasia) szpiku kostnego.

B) Białaczka (leucaemia).

Chociaż Mikulicz w swoim przypadku przedstawił zbiór objawów chorobowych z obrzękiem gruczołów łzowych i ślinianek bez zmian krwi, z zakażeniem na drodze pochodzenia zewnętrznego, Brunn opierając się na tem, że zakażenie podobne występuje także na drodze krwionośnej, nie widzi różnicy między czystemi przypadkami symetrycznego schorzenia gruczołów, a schorzeniem, gdzie przychodzi do zmian we krwi jak np. przy białaczce rzekomej (pseudoleucaemii), gdyż z zajęciem aparatu krwionośnego następuje również zajęcie aparatu limfatycznego, podczas gdy przy normalnym składzie krwi gruczoły limfatyczne pozostają niezmienione.

Przytoczony przypadek, o tyle atypowy od przypadku Mikulicza, że nie ma zajętych wszystkich ślinianek tylko gruczoły podjęzykowe, bez zmian charakterystycznych we krwi, należy w myśl Detzla i Brunna do czystych przypadków »sui generis« choroby Mikulicza na drodze zakażenia zewnętrznego, różni się tylko od innych przypadków, dotychczas opisanych, patogenezą, punktem wyjścia zakażenia (infectio dentalis) i następowemi powikłaniami.

W tym przypadku, odnośnie do jego powstania, Pirquet ujemny i badania kliniczne pozwalają wątpić w tło gruźlicze. Jeżeli w literaturze niemieckiej spotykamy się z największą ilością przypadków na tle gruźlicy, to z nich zaledwie cztery były niezaprzeczone, mianowicie przypadek Nappa, Plitta i Detzla, w których wynik badania na laseczniki Kocha wypadł dodatnio i przypadek Krailsheimera, w którym były rozsiane gruzełki w worku spojówkowym, na błonie śluzowej ust i na tęczówce. W innych przypadkach wyniki badań drobnowidowych i przeszczepianie wyciętych gruczołów łzowych do przedniej komory oka królika i do otrzewnej świnki morskiej nie dały zadowalających wyników. Detzel posuwa się może zadaleko twierdząc, że w całym szeregu przypadków choroby Mikulicza »trzeba przyjąć schorzenie gruczołów łzowych za gruźlicze, pomimo że to doświadczalnie ani bakterjologicznie nie da się wykazać. Z kolei możemy wątpić w zakażenie kiłowe wobec ujemnego wyniku odczynu Wasermanna. Zresztą to tło rzadko występuje jak świadczą dwa przypadki z piśmiennictwa (Gutmann, Zirn).

Badanie składu krwi pozwala nam wykluczyć zakażenie układu krwiotwórczego. Ilość krwinek ogólnie nieco zmniejszona, nieznaczna limfocytoza nie dają charakterystycznego obrazu. Stan taki można spotkać tak dobrze przy sprawach chronicznych swoistych, jak również przy zaburzeniu czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Wprawdzie Schmid i Hehmuth podali jeden przypadek tego schorzenia ze zwiększoną limfocytozą, ale w tym przypadku ogólna ilość ciałek białych była zwiększona.

Nieznaczny przerost tarczycy można odnieść do funkcji zastępczej zajętych gruczołów, coby pozostawało w związku z obrazem krwi, nieco rozlanym wyglądem twarzy i pewnem roztargnieniem duchowem chorego wobec braku innych objawów z zakresu systemu nerwowego.

Na drodze wykluczającej pozostaje nam zatem jedno wielkie źródło zakażenia z jamy ustnej, mianowicie karietyczne zęby trzonowe obustronnie i przebyte zapalenie okostnej. Prawie zawsze w miazdze karietycznego zęba spotykamy masę drobnoustrojów. W tym więc przypadku całkiem prawdopodobne jest zakażenie przerzutowe czyto drogą krwionośną, czyto drogą limfy z uszkodzonych zębów do gruczołów łzowych i podjęzykowych dobrze unaczynionych (infectio oralis). Powstanie symetrycznych obrzęków można sobie wytłumaczyć szeroko rozgałęzioną tkanką limfatyczną, która tworzy liczne sploty. Tą drogą mogły drobnoustroje przedostać się do gruczołów łzowych, a z upośledzeniem toksycznem ich czynności wskutek zapalenia ostrego gruczołów łzowych, i następnie wskutek przerostu łącznotkankowego w stadjum chronicznem, nie jest wykluczone zaburzenie w systemie gruczołów dokrewnych z udziałem tarczycy. Najprawdopodobniejsze jest zakażenie drobnoustrojami ropnemi, naco wskazywałoby zmniejszenie się eozynofilji w składzie krwi. W jednym przypadku udało się Stockowi wyhodować z ropy naciętego gruczołu łzowego gronkowce. W tego rodzaju zakażeniu odgrywa niewątpliwie dużą rolę skłonność indywidualna dziedziczna i zmniejszona odporność organizmu, bo spotykamy cały szereg zębów karietycznych i zapaleń okostnej lub cały szereg zapaleń worka spojówkowego oka, odnośnie do tłomaczenia przez Mikulicza zakażenia z worka spojówkowego, a tak rzadko obserwujemy symetryczny obrzęk odnośnych gruczołów łzowych. Gronouw (Graefe Saemisch abt. III.) omawiając stosunek schorzeń jamy ustnej do schorzeń oczu przyjmuje możliwość zakażenia oczu z zębów 1) per continuitatem 2) drogą reflektoryczną (Zehender, Feuer). Jak podaje, zapalenie okostnej zębów wywołuje często obrzęk policzków i powiek, katar oczu i łzawienie. Zakażenie może według niego przenieść się z chorego zęba do jamy oczodołu albo przez naczynia limfatyczne, albo przez żyły w dwojaki sposób: wzdłuż powierzchni policzków do okostnej oczodołu, albo przez jamę Highmora. Odnośnie do tej choroby Gronouw nadmienia, iż przyczyny jej powstania należy szukać w ogólnym stanie ustroju, najczęściej jako powikłanie zapalenia nagminnego gruczołów przyusznych (Mumps).

Jeżeli Mikulicz przyjął worek spojówkowy za punkt wyjścia zakażenia, to odwrotnie można obserwować katar oczu przy schorzeniach jamy ustnej i przy pierwotnem zakażeniu z zębów, jak to ma miejsce jako objaw towarzyszący zapaleniu gruczołów łzowych w przytoczonym przypadku, co należałoby odnieść do wydzielania toksycznych elementów z przerośniętych limfatycznie gruczołów łzowych. Mniej prawdopodobne jest zakażenie drogą wsteczną przez kanały odprowadzające z gruczołów, jak to niektórzy autorowie przypuszczają, najprawdopodobniejsze jest na drodze przerzutu według Stocka.

Z powyższych danych dochodzi się do wniosku, że choroba Mikulicza może wystąpić jako zbiór objawów przy schorzeniach organicznych najczęściej na tle gruźliczem, albo jako choroba »sui generis« najczęściej na tle zakażenia zewnętrznego z jamy ust (infectio oralis) z mniej lub więcej zaznaczonym udziałem zaburzenia czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu pochodzenia następowego, przyczem doniosłą rolę odgrywa dyspozycja indywidualna.

Prognozę w przypadkach czystych zewnętrznego pochodzenia bez zmian krwi należy uważać za pomyślną, w przypadkach z zajęciem aparatu limfatycznego i śledziony za wątpliwą.

Leczenie pozostaje w zależności od etjologji. Przy gruźlicy i kile leczenie specyficzne, jak tuberkulina, salwarsan i jodek potasu, we wszystkich innych przypadkach często z pomyślnym wynikiem stosowano arsen. Leczenie operacyjne rzadko daje pomyślne wyniki. W przypadku Mikulicza po usunięciu operacyjnem gruczołów łzowych przyszło do nawrotu. Należy starać się usunąć źródło zakażenia, w tym wypadku karietyczne zęby. W wypadkach limfoidalnego bujania tkanki, limfatycznego nacieczenia i procesów chroniczno-zapalnych okazały się bardzo skuteczne naświetlania zapomocą Röntgena i radium, które powodują w szybkiem tempie zanik obrzęku gruczołów. Niektórzy uważają promienie Röntgena za środek specyficzny w chorobie Mikulicza i tak Grieg i Haakon w jednym przypadku próbowali arsen i jodkali, które wcale nie działały, dopiero naświetlanie Röntgenem spowodowało szybkie usunięcie obrzęku gruczołów pod działaniem promieni, które uznali jako specyficzne w tej chorobie. U naszego chorego nie można było zastosować tego leczenia, gdyż z chwilą zejścia ostrego zapalenia pod okładami z kwaśnej wody, kiedy pozostały jeszcze przerosłe gruczoły łzowe i silnie obrzękłe gruczoły podjęzykowe, chory wyjechał bez podania adresu, celem objęcia posady, a na próbne nacięcie w celach doświadczalnych i badawczych nie chciał się zgodzić.

---

J. EISENFARB. Warszawa.

## O ilościowem określaniu soli żółciowych za pomocą napięcia powierzchniowego.

Z oddziału III. B. Szpitala Dzieciątka Jezus.
Kierownik: Władysław Janowski.

I.

Dokładniejsza djagnostyka czynnościowa wątroby przedstawia dotąd szereg dotkliwych braków. Jednym z nich jest brak należytej metody, pozwalającej na orjentowanie się w przemianie soli żółciowych. Brak, mianowicie, dotychczas wygodnych i dość łatwych sposobów systematycznego i dokładnego badania nad zachowaniem się soli żółciowych w organizmie oraz nad związkiem ich przemiany z przejawami życiowemi w stanie fizjologicznym i chorobowym, jakoteż nad stosunkiem tej przemiany do przemiany cholesterynowej i siarkowej.

Według nowszych bowiem danych z dziedziny chemji fizjologicznej i fizjologji soli żółciowych daje się wywnioskować, że badania nad czynnością wątroby, dotyczące jej stosunku do soli żółciowych, należy rozpatrywać w związku z przemianą cholesterynową i siarkową i że nie należy ograniczać się do badań nad cholanami wogóle, lecz zająć się stosunkiem komórki wątrobowej do poszczególnych soli żółciowych.

Tymczasem wszystkie dotychczasowe metody kliniczne jakościowe i ilościowe dotyczyły nie poszczególnych soli żółciowych, lecz cholanów wogóle. Już ten jeden zarzut wystarcza, by je uważać za niewystarczające. Ostatnio dopiero Rosenthal i von Falkenhausen podają metodę chemiczną określania ilościowego poszczególnych soli żółciowych. Dotychczasowe zaś metody ilościowego określania soli żółciowych były prawie wszystkie oparte na ich własności obniżania napięcia powierzchniowego płynów. Ocenę właśnie tych sposobów badania, w szczególności zaś metody Ignatowskiego postawiłem sobie za cel niniejszej pracy.

Zanim jednak przejdę do opisu swych wyników, muszę zatrzymać się w krótkich słowach nad zjawiskiem napięcia powierzniowego i jego prawami, których niedostateczne przyjmowanie pod uwagę było, zdaniem mojem, przyczyną wprowadzenia do kliniki metod błędnych w swem założeniu.

Powierzchnia płynów zachowuje się tak, jakby w nich działały siły przyciągające, które starają się doprowadzić je do najmniejszej powierzchni. Tworzenie powierzchni wymaga więc pewnej energji, czyli pracy proporcjonalnej do jej wielkości. Dzieląc tę pracę przez powierzchnię, otrzymujemy napięcie powierzchniowe.

Napięcie powierzchniowe płynów bezwzględnie czystych zależy wyłącznie od jakości tego płynu i ciepłoty. Inaczej rzecz się ma z roztworami, do których należą przecież i płyny fizjologiczne. Tu należy wziąć pod uwagę dwie możliwości: 1) stosunek napięcia powierzniowego do roztworów, w których zjawiska, zwane absorpcją, nie zachodzą i 2) stosunek jego do roztworów, w których zachodzą zjawiska absorpcji. Pod absorpcją rozumiemy własność powierzchni granicznych faz (n. p. węgiel drzewny, lub zwierzęcy i zanieczyszczona, lub zabarwiona woda) wytwarzania zmian w stężeniu, jeżeli w jednej z tych faz (w danym razie w wodzie), znajdują się ciała rozpuszczone. Absorpcja przebiega dość szybko. Napięcie powierzchniowe roztworów

ciał nieabsorbowanych, jak soli nieorganicznych, lub soli kwasów organicznych niższych, zmienia się proporcjonalnie do ilości soli rozpuszczonych. Inaczej zachowuje się napięcie powierzchniowe w roztworach ciał absorbowanych, jak roztwory wyskoków jednowartościowych, estrów, uretanów, eterów, ketonów, kwasów organicznych, tłuszczowych, soli wyższych kwasów tłuszczowych, tłuszczów i t. p. Chcąc bliżej wejrzeć w stosunek ilościowy, zachodzący między napięciem powierzchniowem i stężeniem ciała absorbowanego w jakimś płynie, należy przedewszystkiem zastanowić się cokolwiek nad prawami absorpcji.

Prawo absorpcji Gibbs'a i J. Thomsona głosi, że ciała, które obniżają napięcie powierzchniowe rozpuszczalnika, muszą przejść do powierzchni, tak, że ich stężenie na powierzchni płynu jest większe, niż wewnątrz jego. Ciała zaś, zwiększające napięcie powierzchniowe, zbierają się na jego powierzchni w małej ilości. Mała ilość ciała absorbowanego może napięcie powierzchniowe obniżyć znacznie, ale podwyższyć tylko nieznacznie. Wskutek tego powierzchnia może wykazać bardzo znaczne zwiększenie stężenia absolutnego z odpowiedniem zmniejszeniem napięcie powierzchniowego, zjawisko zaś odwrotne, t. j. wielkie obniżenie stężenia ze znacznem powiększeniem napięcia powierzchniowego, jest niemożliwem. Znamy ciała, które napięcie powierzchniowe znacznie obniżają, ale nie znamy takich, któreby to napięcie znacznie podwyższały. Pierwsze nazywamy ciałami dodatnio absorbowanemi, drugie zaś, t. j. nieznacznie podwyższające napięcie powierzchniowe, zwą się ujemnie absorbowanemi. Istnieją też ciała powierzchniowo obojętne. Absorpcja ujemna tak mało się zaznacza, że nie wchodzi zupełnie w rachubę. Dodatnia zaś może przybrać wartości bardzo duże tak, że całe ciało rozpuszczone może się znaleźć w warstwie powierzchownej. Z powodu, iż ciało dodatnio absorbowane znajduje się w większym stężeniu na powierzchni płynu, niż wewnątrz jego, musi nastąpić dyffuzja do wewnątrz, aż do równowagi między siłą absorbcyjną i siłą osmotyczną, która to równowaga normuje faktyczne stężenie powierzchniowe.

Gdy w roztworze znajduje się kilka ciał absorbowanych, każde z nich jest słabiej absorbowane, niż gdyby było rozpuszczone samo jedno. Jedno ciało absorbowane wypycha częściowo z powierzchni drugie. Im większem jest jego stężenie na powierzchni płynu, tym więcej jest ono czynnem. Znaczne ilości ciała silnie absorbowanego wypychają małe ilości słabiej absorbowanego. W przeciwieństwie do roztworów ciał nieabsorbowanych napięcie powierzchniowe roztworów ciał absorbowanych nie jest równoległe do stężenia, lecz w stężeniach wyższych obniżenie jego maleje wraz z przyrostem stężenia, tak, że wreszcie zupełnie ustaje. Przy rozcieńczeniu tych roztworów część ciała absorbowanego wraca wprawdzie do roztworu, lecz, jak to łatwe zrozumieć z wyżej powiedzianego, napięcie powierzchniowe nie zmienia się proporcjonalnie do rozcieńczenia. Dla znacznych jednak rozcieńczeń można było stworzyć prawo empiryczne przyrostu obniżenia napięcia powierzchniowego wraz z przyrostem stężenia. Prawo to ujęto w formułę następującą $Wa - Wb = KC \frac{1}{n}$, gdzie Wa jest napięciem powierzchniowem wody, Wb — napięciem powierzchniowem badanego płynu, k — współczynnikiem, przedstawiającym miarę absorpcji i obniżenia napięcia powierzchniowego, przy stężeniu cząsteczkowem C = 1 ciała rozpuszczonego, C — stężeniem ciała badanego $\frac{1}{n}$ wykładnikiem, wynoszącym dla ciał mocno absorbowanych 0,55 — 0,7. Określiwszy więc napięcie powierzchniowe danego roztworu i znając współczynnik K, możemy za pomocą przytoczonej formuły wyliczyć stężenie ciała rozpuszczonego, ale, powtarzam, t y l k o w z n a c z n i e j s z y c h r o z c i e ń c z e n i a c h.

Pozostają nam teraz do omówienia metody mierzenia napięcia powierzchniowego. Istnieje ich kilka rodzajów, a mianowicie: metoda statyczna i jej odmiany, metody dynamiczne, i pośrednia między niemi — metoda stalagmometryczna. Metoda statyczna jest najprostszą i polega na obliczaniu wysokości podniesienia się płynów w rurkach włosowatych, przez te płyny zwilżanych. Stosując prawo Jurin'a o podnoszeniu się płynów w rurkach włosowatych, można określić napięcie powierzchniowe za pomocą formułki następującej: $W = \frac{1}{2}$ h. r. d. g., gdzie W jest wysokością podnoszenia się płynu w rurce włosowatej, r — promieniem tej rurki, d — ciężarem gatunkowym danego płynu, a g — przyśpieszenie siły ciężkości. Odmianą tej metody jest metoda Fano i Meyera. Polega ona na mierzeniu ciśnienia, niezbędnego do przezkodzenia podniesienia się danego płynu w rurce włosowatej. Nadaje się ona bardzo do płynów o znacznej spoistości. Tu należy również zaliczyć metodę, polegającą na określaniu największego napięcia pęcherza z danego płynu. Przy tej metodzie określa się ciśnienie, przy którym występuje pęcherzyk powietrza z rurki włosowatej, pogrążonej w dany płyn. Przy różnych płynach i jednakowej głębokości opuszczania rurki włosowatej, napięcie powierzchniowe zmienia się w tym samym stosunku, co i ciśnienie, przyczem płyny muszą mieć jeden i ten sam ciężar gatunkowy. Aparatem, służącym do badań za pomocą tej metody, jest kapilar-manometr Czapka.

Wszystkie wymienione metody można stosować tylko do płynów bezwzględnie czystych, lub do roztworów ciał nieabsorbowanych, w których stężenie ciała rozpuszczonego jest jednakowe w warstwie powierzchownej i głębokiej. W roztworach zaś, w których zachodzi zjawisko absorpcji, mierzenie napięcia powierzchniowego należy do zadań bardziej trudnych. Tu stężenie jest, jak wiemy, różne w warstwie powierzchownej i głębokiej, a metoda statyczna i jej odmiany określają stężenie tylko warstw najpowierzchowniejszych. Należy więc przy roztworach ciał absorbowanych stosować takie metody, przy których badany roztwór zostaje rozdzielony na szereg małych części o stężeniu średnim między stężeniem warstwy powierzchownej i głębokiej, t. j. o stężeniu bardzo zbliżonym do tego, jakie by istniało gdyby nie było różnicy między stężeniem warstwy głębokiej i powierzchownej.

Napięcie powierzchniowe takiej części będzie wtedy również bardzo zbliżonym do tego, jakie istniałoby, gdyby stężenie roztworu we wszystkich warstwach było jednakowe. Są to właśnie metody dynamiczne, jak obliczenie rzutu strumienia płynu przez otwór okrągły, owalny i t. d., lub też metoda stalagmometryczna.

Ta ostatnia polega na tem, że jeżeli z jednej i tej samej rurki wypływają kroplami równe objętości różnych płynów o jednakowym ciężarze gatunkowym, to otrzymamy największą ilość kropli z płynu o mniejszem napięciu powierzchniowem. Objaśnia się to tem, że ciężar wypływającej z rurki kropli jest proporcjonalny do wielkości napięcia powierzchniowego i że odbywa się ona wtedy, gdy ciężar ten staje się równym iloczynowi z pewnej stałej przez promień wylotu rurki i napięcie powierzchniowe.

Warunkiem ścisłości pomiarów tego rodzaju jest bezwzględna czystość przyrządów i praca w jednakowej temperaturze. Napięcie powierzchniowe bowiem zależy od temperatury i z jej podwyższeniem zmniejsza się w stosunku następującym: $Wt = W^0 (1-\alpha t^0)$. Należy również pamiętać i o ciśnieniu barometrycznem.

Zrozumiałą jest rzeczą, że mierzenie stosunku napięcia powierzchniowego do stężenia możliwem jest z zupełną ścisłością tylko w roztworach z jednym ciałem absorbowanym. Tymczasem płyny fizjologiczne przedstawiają roztwory wielu ciał mocno absorbowanych, w których nadomiar zachodzą jeszcze zjawiska zależne od własności koloidalnych. Napięcie powierzchniowe w roztworach koloidalnych jest bardzo różnolite. Krzywe, stworzone na mocy, wyżej wspomnianych wyliczeń, nie nadają się, według Hörbera, dla roztworów koloidalnych. To zależy w dużym stopniu od biologicznie bardzo ciekawego zjawiska, że cząsteczki koloidalne tworzą w mniej lub więcej krótkim czasie błonkę na powierzchni, skąd trudno je usunąć. Dużo zależy również i od tego, że oprócz mechanicznej absorpcji zachodzi tu również i absorpcja elektrostatyczna.

II.

Z powyższego bardzo skróconego szkicu teorji absorpcji i napięcia powierzchniowego widać, że określenie napięcia powierzchniowego zwłaszcza za pomocą metod t. zw. statycznych w żaden sposób nie może służyć do dokładnego wyliczenia stężenia danego ciała w płynach fizjologicznych. Stąd też los wszelkiej metody określania ilościowego soli żółciowych w moczu, surowicy i płynie dwunastniczym za pomocą napięcia powierzchniowego jest z góry przesądzony.

A jednak różni autorowie opisywali i opisują cały szereg mniej lub więcej pomysłowych odmian mierzenia napięcia powierzchniowego, mniemając, że rostrzygają przytem sprawę obliczania stężenia soli żółciowych.

Jedną z najstarszych prób ilościowego określania soli żółciowych za pomocą napięcia powierzchniowego jest metoda stalagmometryczna, szczególnie opracowana przez L y o n - C a e n'a. Ponieważ jednak nie liczy się ona z wyżej wymienionemi czynnikami, przeto słusznie twierdzą o niej B r u l é i G a r b a n, iż »nie daje ona wyników bliższych od otrzymanych przy studjach nad opadaniem kwiatu siarkowego«, czyli przy odczynie H a y 'a. Odczyn ten polega, jak wiadomo, na tem, że kwiat siarkowy posypany na powierzchnię płynu, zawierającego sole żółciowe, opada na dno[1]). Pomimo wielkiej liczby przeciwników tej metody, Brulé jednak przypisuje »wielkie znaczenie kliniczne temu opadaniu kwiatu siarko-

[1]) Dokładne przeprowadzenie próby Hay'a odbywa się w sposób następujący: bierze się od kilku do kilkunastu cm³ świeżego moczu, najlepiej rannego, przesącza się do niedużego naczyńka (do płytki Petriego) i sypie się na jego powierzchnię końcem noża trochę suchego kwiatu siarkowego, W razie obecności soli żółciowych, kwiat siarkowy rozpływa się po powierzchni w postaci cieniutkiej błonki i zaczyna opadać na dno. Można próbę wzmocnić za pomocą potrząsania naczyńka, lub dodania jednej kropli eteru. Należy starać się pracować stale w jednakowej temperaturze.

wego, które pozwala w kilka sekund, i to przy łóżku chorego, przekonać się o tem, czy sole żółciowe przedostały się do moczu. Herman Müller twierdzi również, iż żadne inne ciało, prócz alkalicznych soli kwasów żółciowych, nie jest w stanie dać próby Hay'a i to jeszcze w rozcieńczeniu $\frac{1}{40.000}$. Według H. Müllera we wszystkich przypadkach, w których próba Hay'a wypada dodatnio, mamy do czynienia z solami żółciowemi w roztworze.

Lepehne próbował zastosować odczyn Hay'a do ilościowego określania soli żółciowych, oznaczając rozcieńczenie, przy którem próba ta jeszcze występuje. Przyznaje on jednak że takie określanie, choć wygodne i nieskomplikowane dla grubych celów porównawczych, jest jednak bardzo niedokładne.

Najbardziej ścisłe dane otrzymał może Beth za pomocą odmiany metody stalagmometrycznej. Autor ten przyrządza wyciąg soli żółciowych z żółci dwunastniczej i za pomocą viskostalagmometru określa ilość tej soli w roztworze wodnym. Ale i ta metoda dotyczy cholanów wogóle, a nie poszczególnych soli żółciowych.

Inną odmianą metody stalagmometrycznej jest metoda Ernsta C. Meyera, podana w skróceniu w jednym z ostatnich numerów Klinische Wochenschrift. Skrót ten wystarcza jednak w zupełności by metodę tę obalić, bez czytania zapowiedzianego artykułu in extenso, mającego się ukazać w Biochemische Zeitschrift. Wychodząc ze znanego prawa, że przy wyższych stężeniach przyrost zmniejszenia napięcia powierzchniowego przestaje być równoległym do przyrostu stężenia, Meyer rozcieńcza żółć dwunastniczą. Bierze on przytem pod uwagę i to, że inne składniki żółci, które przy normalnem stężeniu wywierają duży wpływ na napięcie powierzchniowe, przy rozcieńczeniu jej, jakoby ten wpływ tracą. Rozcieńczoną żółć Meyer zakwaszał przez dodanie kwasu solnego, aż do zaniebieszczenia papierka Kongo. Ilość cholanów w tak otrzymanym roztworze Meyer określa podług krzywej wykreślonej na zasadzie odpowiednich roztworów wodnych glikocholanu sodowego. Otrzymany przy tem wynik mnoży przez zastosowane rozcieńczenie. Pomijając to, że roztwór wodny glikocholanu sodowego nie może służyć do określania roztworu z mieszaniny glikocholanu i taurocholanu nawet w wodzie, a tem mniej w żółci, to wszak widzieliśmy wyżej, że obniżenie i podwyższenie napięcia powierzchniowego w roztworach ciał absorbowanych nie jest proporcjonalne do rozcieńczenia. Mnożenie więc otrzymanej liczby przez rozcieńczenie jest błędem. Wiadomo następnie, że dodanie do badanego płynu kwasów mineralnych, lub ługu znacznie obniża jego napięcie powierzchniowe. Dane więc otrzymane za pomocą metody E. Meyera będą napewno o wiele mniej dokładne i pewne, niż otrzymane za pomocą jakiejkolwiek innej metody stalagmometrycznej.

Przechodzę wreszcie do metody Ignatowskiego, która była bodźcem do niniejszej pracy. Polega ona na określaniu napięcia powierzchniowego za pomocą manometru włosowatego Czapka. Aparat ten składa się z rurki o przekroju 12 mm, mającej dwa zgięcia; jeden koniec rurki jest wyciągnięty w rurkę włosowatą; koniec ten pogrąża się na głębokość 1—2 mm w badany płyn, zawarty w malutkiem jednocentymetrowem naczyńku. Do wolnego końca rurki wlewa się za pomocą kalibrowanej pipety kroplami wodę (najlepiej zwykłą — Parnas), aż do otrzymania pierwszego pęcherzyka powietrza, wypędzonego z kapilaru do danego płynu. Stosunek ilości wody, zużytej dla otrzymania pęcherzyka w danym płynie, do ilości wody, niezbędnej dla wywołania pęcherzyka w wodzie, daje liczbę, stanowiącą miarę napięcia powierzchniowego. Każdy aparat, w zależności od wahań w wymiarze i wylocie rurki włosowatej, posiada swoją liczbę dla wody.

Ignatowski utrzymuje, że jego sposób w zupełności się nadaje do określania ilościowego soli żółciowych. Posługuje się przy tem krzywą, otrzymaną dla różnych stężeń cholanów w moczu. Ale autor nie wspomina nic o stosunkach wzajemnych poszczególnych soli żółciowych w tych roztworach. Wiadomo, że taurocholany obniżają napięcie powierzchniowe o wiele mocniej, niż glikocholany; więc mieszanina małej ilości soli żółciowych, w której przeważają taurocholany, może dać dane jednakowe lub mniejsze, niż większa ilość cholanów, w której przeważają glikocholany. Już z tego powodu podlega ona tym samym zarzutom, co i metoda E. Meyera. Pozatem jest to metoda statyczna, a do roztworów ciał absorbowanych, jak to widzieliśmy, należy stosować metody dynamiczne. Nie może więc ona służyć nawet do dokładnego określenia stężenia danego związku chemicznego absorbowanego w wodzie, a tem mniej w płynach fizjologicznych. Do podobnego wniosku o metodzie Ignatowskiego doszedłem empirycznie jeszcze przed bliższem zapoznaniem się z prawami napięcia powierzchniowego. Już podczas prób wstępnych nad tą metodą rzuciło mi się w oczy, że ciężar gatunkowy wpływa na wyniki badań. Uderzyło mnie następnie, iż Ignatowski nie zwraca uwagi ani na ciśnienie barometryczne, ani na ciepłotę. A że te czynniki odgrywają tu poważną rolę, dowodzi chociażby to, że dla samej tylko wody otrzymywałem przy użyciu tego samego aparatu za każdym razem liczby bardzo różne. N. p. 25. V. 1923. r. otrzymałem 30,2 mm³, 14. V. r. z. — 33 mm³, 18. IX. r. z. — 28,6 mm³, 26. IX. r. z. — 27,6 mm³, 4. X. r. z. — nawet 27 mm³ i t. d.

Dlatego też nie zadowoliłem się jednorazowem kalibrowaniem swego aparatu, jak to czynił Ignatowski, lecz kalibrowałem go za każdym razem. Zastosowałem też cały szereg innych środków ostrożności: używałem zawsze jednego i tego samego naczyńka, brałem zawsze jedną i tę samą ilość wody i płynów, mocz używałem tylko ranny i sączony, wodę do manometru wpuszczałem zawsze jedną i tą samą pipetą.

W tych rzekomo udokładnionych warunkach przeprowadziłem za pomocą metody Ignatowskiego ogółem 120 badań, a mianowicie 75 badań moczu, 25 badań surowicy krwi, 9 badań żółci dwunastniczej jedno badanie płynu puchliny brzusznej i 10 badań różnych stężeń roztworu żółci w wodzie.

Oczywista, że o porównaniu otrzymanych danych z zachowaniem się bilirubiny, cholesteryny, krzepliwością krwi i z próbą Roch'a, jak to zamierzałem zrobić na początku tej pracy, nie może być mowy z powodu zasadniczej niedokładności całej metody. Ograniczę się więc do kilku tylko wniosków natury więcej ogólnej, które można było z otrzymanych danych wyprowadzić. Tak więc, w moczu z ujemnym odczynem Hay'a, wskaźnik Ignatowskiego wahał się (w liczbach bezwzględnych) w granicach od 0,86 do 0,99 (Ignatowski podaje 0,90—0,91), w moczu zaś z odczynem Hay'a dodatnim — w granicach od 0,66—0,85; raz otrzymałem nawet 0,46. Zdarzało mi się badać mocz i z niskim wskaźnikiem Ignatowskiego, jak 0,75, 0,79, 0,82 i 0,84 w którym odczyn Hay'a był ujemny, w innym zaś przypadku ze wskaźnikiem 0,88 — odczyn Hay'a był dodatni. Naogół jednak nizkiemu wskaźnikowi Ignatowskiego odpowiadał przeważnie dodatni odczyn Hay'a. To też można powiedzieć, że aczkolwiek metoda Ignatowskiego do ścisłego ilościowego określania soli żółciowych wcale się nie nadaje, daje jednak wyniki równoznaczne z wynikami, otrzymanemi metodą Hay'a, i może tę metodę zastąpić; jest to jednak bezcelowe z uwagi iż metoda Hay'a jest dogodniejsza przez swoją prostotę.

Dane, otrzymane dla żółci dwunastniczej, były następujące: 1) w porcji żółci pęcherzykowej wskaźnik Ignatowskiego wahał się w granicach od 0,46—0,56, 2) w żółci wątrobowej w granicach od 0,49—0,57 *). Tak małe różnice w liczbach, otrzymanych dla żółci, można byłoby sobie wytłómaczyć tak znacznem w niej stężeniem soli żółciowych, iż zmiany zachodzące w jego stopniu nie dadzą się ujawnić za pomocą badania napięcia powierzchniowego. Do podobnego wniosku doszedł również i E. C. Meyer.

W surowicy wskaźnik Ignatowskiego w większości moich przypadków (w 19) prawie, że nie ulegał zmianom: wahał się mianowicie tylko w granicach od 0,90—0,93**). Jedynie w 6 u przypadkach wahał się między 0,72 i 0,85, a raz otrzymałem 0,98. Przyczem w jednym tylko przypadku dane surowicy były równoległe do danych moczu i objawów klinicznych. Był to przypadek raka pęcherzyka żółciowego z kamicą żół-

*) Ignatowski podaje dla żółci wskaźnik 0,53.

**) Ignatowski podaje dla surowicy wskaźnik 0,91.

ciową, w którym otrzymałem niski wskaźnik 0,73, dla moczu i również niski dla surowicy — 0,72.

Wyżej wypowiedziane potwierdza i uwidacznia w sposób jaskrawy następująca, przezemnie tablica:

TABLICA.

| Numer porządk. | Odsetek domieszki żółci o wskaźniku Ignatowskiego 0,50 do wody, surowicy i moczu. | Otrzymane dla | | wskaźniki dla moczu o | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | wody | surowicy | dużym | małym |
| | | | | wskaźniku Ignatowskiego | |
| 1 | Płyny czyste | $27mm^3=1$ | 0,98 | 0,86 | 0,68 |
| 2 | domieszka 2% żółci | 0,96 | 0,90 | 0,86 | 0,68 |
| 3 | » 5% » | 0,91 | 0,95 | 0,72 | 0,63 |
| 4 | » 10% » | 0,83 | 0,90 | 0,74 | 0,65 |
| 5 | » 12% » | 0,81 | 0,95 | 0,68 | 0,68 |
| 6 | 15% » | 0,70 | 0,91 | 0,73 | 0,67 |
| 7 | » 20% » | 0,77 | 0,74 | 0,65 | 0,64 |
| 8 | 22% » | 0,74 | 0,84 | 0,66 | 0,66 |
| 9 | 25% » | 0,69 | 0,85 | 0,60 | 0,63 |
| 10 | » 30% » | 0,69 | 0,85 | 0,56 | 0,61 |

Aby otrzymać tę tablicę przeprowadziłem szereg określań wskaźnika Ignatowskiego w dziesięciu wzrastających stężeniach roztworu jednej i tej samej żółci dwunastniczej w wodzie, surowicy, w moczu z dużym i z małym wskaźnikiem Ignatowskiego. Wszystkie 40 określań wykonałem w jednakowych warunkach ciśnienia barometrycznego i ciepłoty. Ciężar gatunkowy badanych płynów można było również przyjąć za jednakowy, gdyż rozcieńczenia wykonywałem z minimalnemi ilościami płynów.

Z liczb, w ten sposób otrzymanych, widzimy, że najwięcej i najbardziej równolegle za wzrastaniem stężenia żółci zmienia się wskaźnik Ignatowskiego w roztworach wodnych. W moczu o dużym wskaźniku I g n a t o w s k i e g o obniżenie wskaźnika jest mniejsze, niż w roztworach wodnych żółci i nie posiada tej równoległości. Zwiększenie natomiast stężenia żółci w surowicy i w moczu o nizkim wskaźniku Ignatowskiego prawie, że nie wpływa na jego wielkość. Naogół zwiększenie obniżania wskaźnika Ignatowskiego postępuje najprędzej w małych stężeniach żółci, w większych zaś stężeniach staje się ono coraz mniejszem. Liczby, otrzymane dla wody, zupełnie nie odpowiadają liczbom, otrzymanym dla surowicy i moczu. Słowem tablica ta ujawnia, iż cała ta metoda niema tej wartości praktycznej, jaką jej przypisał autor.

Autorowie już niejednokrotnie wypowiadali się przeciwko metodom ilościowego określania soli żółciowych za pomocą napięcia powierzchniowego (B r u l'é i G a r b a n, R o s e n t h a l i von F a l k e n h a u s e n, S c h a d e i inni). Ale przestrogi te przechodziły w nauce bez należytego zwrócenia na się uwagi, ponieważ albo były wypowiadane zbyt ogólnikowo, alboteż w formie zbyt mało uzasadnionej. Dlatego wracano ciągle do coraz nowszych metod wykorzystania w klinice badań w tym kierunku. Niezbędnem wydało mi się więc zestawienie przynajmniej najważniejszych z tych metod oraz ich oświetlenie z punktu widzenia ścisłych praw dla napięcia powierzchniowego i absorpcji.

Wnioski moje streściłbym w sposób następujący: 1) W celu dokładnego badania czynnościowego przemiany soli żółciowych w stanie fizjologicznym i patologicznym należy określać ilościowo nietylko cholany, lecz poszczególne sole żółciowe w żółci dwunastniczej (porcji wątrobowej), surowicy i moczu. 2) Metody oparte na badaniu napięcia powierzchniowego zwłaszcza metody statyczne nie nadają się wogóle do ścisłego ilościowego określania soli żółciowych w płynach fizjologicznych i 3) metoda Ignatowskiego, jako zatem stojąca niżej od metody stalagmometrycznej, może się nadawać narówni z metodą Hay'a, co najwyżej do grubych badań porównawczych w moczu nie zaś w surowicy krwi lub soku dwunastniczym.

**Piśmiennictwo.**

1) A b d e r h a l d e n. Lehrbuch der Physiologischen Chemie. T. II. 1921 r. — 2) B o r c h a r d t. Klinische Wochenschrift. 1923. r. Nr. 12. — 3) B r u l e. Recherches sur les ictères. 1922. r. Masson. — 4) I d e m. Le journal médical français. Nr. 2. 1922. r. — 5) B r u l é i G a r b a n w »Foie et pancréas«, Traité de pathologie médicale T. XII. 1920, wyd. Maloine et fils. — 6) C l o t t e n s. Presse Médicale, 1922. r. Nr. 62. — 7) C h w o l s o u c z. Fizyka. T. I. 1900. r. — 8) N o e l F i e s s i n g e r i R é n é C l o q u e. Le journal médical français, 1922. Nr. 2. — 9) G r o s s. Klinische Wochenschrift. Nr. 5. 1923 r. — 10) O. H a m a r s t e n. Lehrbuch der physiologischen Chemie 1914. r. — 11) H ö b e r. Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe. 1922. r. T. I. — 12) A. I g n a t o w s k i. Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 49. 1922 r. — 13) J o ë l. Biochemische Zeitschrift. T 119. 1921 r. — 14) H u g o K a u f f m a n n. Allgemeine und physikalische Chemie. T. I. 1913. r. — 15) L e p e h n e. Klinische Wochenschrift. Nr. 41. 1922. r. — 16) I d e m. Die Leberfunktionsprüfung, Halle, Carl Marchold. 1923. r. — 17) I d e m. Müncherer Med. Wochenschrift. Nr. 10. 1922. r. — 18) Z. M i c h a l s k i. Badania nad rolą cholesteryny w ustroju (zagadnienie równowagi odczynowej). Warszawa. 1923. r. — 19) I d e m. Cholesteryna a gruźlica płuc, Rozpr. Akademji Lekarskiej 1923. r. — 20) F r e y. Klin. Wochenschr. N. 40. 1923 r. — 21) M e y e r E. C. Klin. Wochenschr. Nr. 28. 1923 r. — 22) W. O s t w a l d. Grundriss der allgemeinen Chemie. 1920. — 23) J a k ó b. K. P a r n a s. Chemia fizjologiczna. 1922. r. T. I. — 24) P r e g l. Zeitschrift für physiologischen Chemie. T. 74. 1911. r. — 25) R o g e r. Physiologie et pathologie du foie, 1922. r. Masson. — 26) R o s e n t h a l i von F a l k e n h a u s e n. Klin. Wochenschr. Nr. 27. 1923 r. — I d e m. Klin. Wochenschr. Nr. 32. 1923. r. — 28) S i m o n. Klin. Wochenschr. N. 11. 1923. r. — 29) W i e l a n d. Zeitschrift für physiologische Chemie. T. 90. 1912. r. — 30) I d e m et ibidem. T. 97. 1916. r. — 31) I d e m et ibidem. T. 106. 1919. r. — 32) W i n d a u s. Deutsche Mediz. Wochenschrift Nr. 14. 1919 r.

---

Dr. Antoni DOBRZAŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

## O stosowaniu panitryny w chorobach narządu słuchowego.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej (dyr. prof. dr. T. Z a l e w s k i) i Zakładu farmakologji U. J. K. we Lwowie.

Jedną z najcięższych dziedzin leczniczych w otologji stanowią przewlekłe schorzenia ucha środkowego i wewnętrznego nie tylko ze względu na objawy przedmiotowe — jak upośledzenie słuchu i zaburzenia równowagi, lecz także ze względu na objawy podmiotowe jak bóle i zawroty głowy, szumy, szmery, dzwonienie, pukanie i t. p. sensacje słuchowe. Długotrwałe procesy nieżytowe i zrostowe ucha środkowego jakoteż otoskleroza dają objawy upośledzenia słuchu i szumów, a nieraz i zaburzenia równowagi, podobnie jak zmiany w uchu wewnętrznem. Przewlekłe ropienie ucha środkowego prowadzi często do zajęcia ucha wewnętrznego z wszystkiemi właściwemi mu objawami. Dotychczasowe sposoby leczenia wspomnianych stanów chorobowych ucha w wielu przypadkach nie zdołały złagodzić dotkliwych ich objawów, gdyż zarówno środki podawane wewnątrz, jak stosowana miejscowo mechano- i elektroterapja nie dawały często zadowalającego wyniku leczenia. Dlatego też różni autorowie kusili się o to, by można choć w części przyjść z pomocą tym chorym, którzy czy to z powodu silnych szumów w uszach, czy też uporczywych, a często powtarzających się zawrotów i bólów głowy niezdolni byli do wykonywania jakiegokolwiek zawodu, zwłaszcza, gdy mieli równocześnie słuch znacznie upośledzony. Mając to na uwadze i opierając się na klinicznych i doświadczalnych spostrzeżeniach, wyszedł S c h w e r d t f e g e r z założenia, że sprawność jakiegokolwiek narządu ustroju zależy w pierwszym rzędzie od normalnego względnie dostatecznego dopływu krwi do tego narządu. Dostateczny dopływ krwi jest znowu uwarunkowany prawidłowo rozwiniętą siecią naczyniową w tym narządzie, względnie drożnością jego naczyń. Wszystkie więc podniety, które powodują przekrwienie chorego narządu słuchowego podnoszą też jego sprawność, a wszystko co osłabia dopływ krwi, osłabia równocześnie czynność narządu słuchowego. Upatrując więc w przewlekłych schorzeniach ucha, jako przyczynę w pierwszym rzędzie nie-

dostateczny dopływ krwi, starał się Schwerdtfeger wybrać z pomiędzy środków leczniczych taki, któryby spowodował miejscowo większy dopływ krwi do ucha, wzgl. doprowadził większą ilość krwi do górnych okolic ciała. Środek ten znalazł w panitrynie jako mogącej oddziaływać na system naczyniowy ucha. Jako główny składnik panitryny wchodzi papaweryna, preparat opiumowy, należący podobnie jak narkotyna i narceina do rzędu zasad isochinolinowych. Papaweryna, jako środek naczyniowy, jak to wykazał doświadczalnie Pal, obniża napięcie mięśni gładkich, obniżając równocześnie ciśnienie krwi. Stark widzi w niej środek uspokajający i wywierający dodatni wpływ na ogólne samopoczucie i odżywienie chorego.

Prócz papaweryny wchodzi w skład panitryny kwas azotawy w formie estru tegoż, jako *amylium nitrosum*, który to środek działa rozszerzająco na naczynia krwionośne. Oba te składniki rozpuszczone w diaethylacedamidzie dają panitrynę (w handlu do nabycia w ampułkach o zawartości 1 $cm^3$ w dawce 0.05 gr. panitryny). U dorosłego według Schwerdtfegera należy stosować całą dawkę, u dzieci od 1/10 dawki całkowitej do 1 roku życia, 2/10 do 3 lat, 4/10 do 12 lat w odstępach 3—8 dniowych, jednakowoż nie więcej nad 6—8 po sobie następujących, a po miesięcznej przerwie można znów leczenie powtórzyć. Znoszą panitrynę dobrze zarówno dzieci jak osobniki w starszym wieku nawet z miażdżycą. Ostrzega on przed użyciem równoczesnem adrenaliny jako środka znoszącego działanie panitryny. Schwerdtfeger nie widział nieprzyjemnych skutków stosowania panitryny za wyjątkiem 2 przypadków chlorozy ze znacznem otłuszczeniem, w których wystąpiły w kilka godzin po wstrzyknięciu niepokój, bicie serca i drżenie nóg.

Lederer na 100 przypadków leczonych panitryną (a w tem 50 dokładnie obserwowanych) z powodu otosklerozy, nieżytów ucha środkowego i zajęcia błędnika, miał w 73%, a więc $^3/_4$ przypadków poprawę słuchu, a w 83% czyli $^4/_5$ zmniejszenie się względnie ustanie zupełne podmiotowych szumów. Najmniejszy odsetek poprawy daje według Lederera otoskleroza, bo zaledwie 59% i to w okresie wczesnym.

Blau miał na 60 przypadków leczonych panitryną polepszenie u wszystkich za wyjątkiem 4, które pozostały bez jakiejkolwiek poprawy. I tak przypadki w których szept poprawiał się z 25 cm na 10 m, mowa potoczna z 2 na 12 m, inne zaś wykazywały mniejsze różnice poprawy przeciętnie o 2—9 m dla szeptu względnie dla mowy potocznej.

Denker stwierdzał w przybliżeniu ten sam odsetek poprawy co Blau.

Oertel natomiast o wiele mniejszy, a mianowicie dla słuchu 30% poprawy, dla podmiotowych szumów około 60%.

Inni jak Neumann, Meyer i Gomperz nie stwierdzili trwałej poprawy.

Sprzeczne te do pewnego stopnia spostrzeżenia różnych autorów skłoniły mnie do wypróbowania panitryny jako środka leczniczego w chorobach narządu słuchowego i ocenienia jej wartości na podstawie własnych wyników. Począłem ją stosować u tych chorych, którzy leczeni znanemi nam dotychczas sposobami nie okazywali żadnej poprawy, a mianowicie w przypadkach przewlekłych nieżytów ucha środkowego z równoczesnem zajęciem błędnika, w przypadkach zajęcia błędnika, otosklerozy i głuchoty, wreszcie w stanach po uleczonem przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego.

Stosowałem panitrynę w dawce i w sposób podany przez Schwerdtfegera t. j. 0,05 gr. pod — względnie wśródokostnowo na płaszczyźnie wyrostka sutkowego, w odległości 1 cm od przyczepu małżowiny, początkowo bez użycia nowokainy. Było to jednak dość bolesnem dla chorych, dlatego zacząłem stosować panitrynę po uprzedniem znieczuleniu 1% nowokainą, w ilości 1 $cm^3$ (jak to zresztą radzi czynić Schwerdtfeger). Wówczas zastrzyk stawał się zupełnie bezbolesnym.

Wprowadzona panitryna podokostnowo powoduje zaróżowienie okolicy miejsca wkłucia, zaróżowienie lekkie błony bębenkowej zwłaszcza w okolicy młoteczka. Widoczne jest też niekiedy zaróżowienie twarzy i szyji. Panitryna wsysa się naogół dość szybko. W 3 tylko przypadkach wystąpił obrzęk miejsca wkłucia, który pod okładami z płynu Burowa po 3 dniach ustąpił. Innych ujemnych zmian w miejscu wprowadzania panitryny jak ropni lub obumarcia tkanki nie spostrzegłem. Meyer opisuje 2 przypadki otosklerozy, w których po stosowaniu panitryny wystąpiły zgrubienia na wyrostku sutkowym w formie exostozy, czego nie stwierdziłem w naszych przypadkach.

Do leczenia panitryną wybrałem przypadki z bardzo dotkliwemi objawami podmiotowemi jak zawrotami i bólami głowy wzgl. z bardzo silnemi szumami. W przypadkach całkowitej głuchoty nie chodziło tyle o poprawę słuchu, ile o usunięcie dotkliwych szumów, które powodowały u chorych bezsenność, a co zatem idzie zdenerwowanie i wyczerpanie fizyczne i psychiczne. Zanim przedstawię wyniki leczenia wszystkich przypadków, przytoczę dla przykładu kilka krótkich wyciągów z historji choroby leczonych chorych:

1) Chory H. E. lat 40. Od 9-ciu lat szum w uszach i upośledzenie słuchu, który z czasem stawał się coraz gorszy. Rozpoznanie: Zajęcie błędnika obustronne (affectio lab. ambil.). Po 6-ciu zastrzykach panitryny szum znacznie się zmniejszył, poprawa słuchu wynosiła na uchu prawem dla szeptu 5 m, mowa potoczna niezmieniona, na uchu lewem dla szeptu 3.5 m, dla mowy potocznej 3 m.

2) Chory M. M. lat 13. Od 8 lat upośledzenie słuchu i dzwonienie w obu uszach. Chorób zakaźnych prócz odry nie przechodził. Rozpoznanie: Zajęcie błędnika obustronne. Po 6 zastrzykach panitryny po $^1/_2$ $cm^3$ szumy w obu uszach zupełnie ustały. Poprawa słuchu wynosiła po obydwóch stronach dla szeptu 2 m, dla mowy potocznej 4 m.

3) Chora B. H. lat 51. Od 3 lat upośledzenie słuchu, szum w uchu prawem i zawroty głowy z wymiotami. Rozpoznanie: Zajęcie błędnika prawego. Po 6 zastrzykach panitryny zawroty głowy zupełnie ustały. Poprawa słuchu w uchu prawem wynosiła 2 m, dla mowy potocznej.

4) Chora A. R. lat 23. Przed 4 laty rzekomo po przebytym durze osutkowym wystąpiło u chorej upośledzenie słuchu i bardzo silne szumy w obu uszach. Rozpoznanie: Obustronny przewlekły nieżyt ucha środkowego z częściowem zajęciem błędnika. Po 6 zastrzykach panitryny szumy bardzo głośne ustały, utrzymują się tylko szumy o słabem nasileniu. Poprawa słuchu wynosiła obustronnie 5 m, dla szeptu i 6 m, dla mowy potocznej.

5) Chora A. A. lat 25. Od 2 lat źle słyszy, ma szumy i bóle głowy. Stan ten staje się gorszym. Rozpoznanie: Otoskleroza obustronna. Po 6 zastrzykach szumy słabsze, bóle głowy zupełnie ustąpiły. Poprawa słuchu wynosiła na uchu prawem 2 m dla szeptu, a 3 m dla mowy potocznej.

6) Chora P. E. lat 22. Od 3 lat wystąpiło upośledzenie słuchu, szumy w obu uszach, bóle i zawroty głowy. Rozpoznanie: Otoskleroza obustronna. Po 6 zastrzykach panitryny słuch bez zmian, zawroty i bóle głowy ustąpiły całkowicie, szumy znacznie się zmniejszyły.

7) Chora G. H. lat 50. Od 20 lat słuch stawał się coraz gorszym, a od kilku lat chora jest głucha, czyta z ust. Skarży się na silne szumy w uszach i głowie i bezsenność. Rozpoznanie: głuchota obustronna. Po 6 zastrzykach szumy znacznie się zmniejszyły. Chora śpi lepiej. Głuchota pozostała nadal.

8) Chory B. N. lat 52. Od pół roku przytępienie słuchu, szumy i dzwonienie w uchu prawem. Od 3 miesięcy wystąpiły silne zawroty głowy z padaniem na stronę prawą i nudności. Rozpoznanie: Przewlekły nieżyt ucha środkowego prawego z zajęciem błędnika. Po 5 zastrzykach panitryny szum znacznie się zmniejszył, zawroty głowy ustąpiły całkowicie. Poprawa słuchu wynosiła 5 m dla szeptu i 2 m dla mowy potocznej.

Zestawiając wyniki po stosowaniu panitryny otrzymałem: na 9 przypadków przewlekłego nieżytu ucha środkowego z częściowem zajęciem błędnika w 6 przypadkach czyli w 66% poprawę słuchu, a w 8 czyli

w 88% zmniejszenie się szumów, — na 9 przypadków z a j ę c i a b ł ę d n i k a w 6 poprawę słuchu i szumów (czyli w 66%), na 6 przypadków o t o s k l e r o z y w 3 (czyli w 50%) nieznaczną poprawę słuchu i w 4 (czyli w 66%) nieznaczne zmniejszenie się szumów, na 4 przypadki s t a n u p o p r z e w l e k ł e m r o p i e n i u u c h a ś r o d k o w e g o w 2 (czyli w 50%) poprawę słuchu i szumów wreszcie na 2 przypadki g ł u c h o t y w 1 (czyli w 50%) zmniejszenie się szumu.

Na 30 przypadków leczonych panitryną stwierdziłem w 17 przypadkach poprawę słuchu, a w 22 przypadkach zmniejszenie się, względnie ustanie szumów podmiotowych. Największa różnica w poprawie słuchu wynosiła dla szeptu (w 3 przypadkach) z 1 m na 6 m słyszalnej odległości, podobnie dla mowy potocznej, najmniejsza zaś z szeptu zupełnie niesłyszalnego do szeptu słyszalnego przy małżowinie.

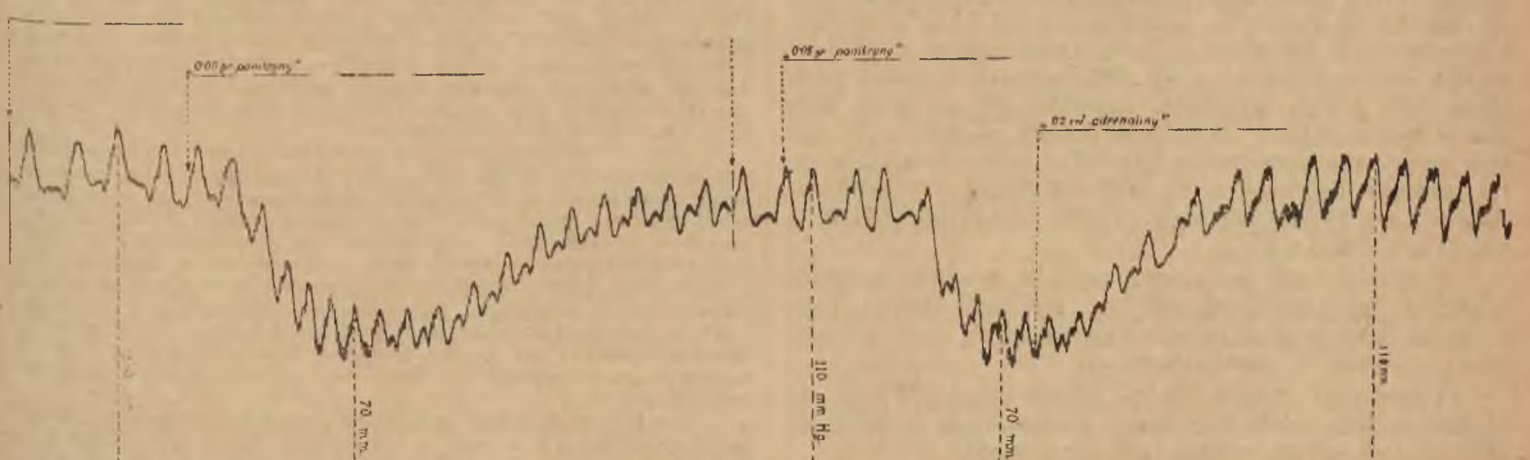
Nie stwierdziłem jednak tak znacznych różnic jakie podają L e d e r e r lub B l a u, według których w niektórych przypadkach słuch dla szeptu zupełnie niesłyszalny dochodził po leczeniu panitryną do 7 a nawet 10 m.

W 3 tylko przypadkach (przewlekłego nieżytu ucha środkowego z częściowem zajęciem błędnika) dotyczących osobników młodych poprawa słuchu była znaczna, bo wynosiła 5 m dla szeptu i 6 m dla mowy potocznej. Inne przypadki wykazywały poprawę słuchu o wiele mniejszą, przeciętnie od $^1/_2$—$3^1/_2$ m. Nie ulega wątpliwości, że podmiotowe szumy wpływają ujemnie na słuch, stąd też naogół poprawa słuchu w naszych przypadkach była tem wydatniejsza, im słabsze były szumy podmiotowe.

W 12 przypadkach poprawy słuchu nie stwierdziłem mimo, iż w niektórych szumy — choć nieznacznie — słabły; dotyczą one głuchoty, zajęcia błędnika i otosklerozy w późniejszych okresach. W początkowych okresach zajęcia błędnika i otosklerozy poprawa słuchu była znaczniejsza niż w późniejszych. U osobników młodych do lat 30 wydatniejsza niż u starszych. Najbardziej oporna na działanie panitryny jest otoskleroza, bo dawała najmniejszą poprawę słuchu (od $^1/_2$—3 m).

Jak już zaznaczyłem podmiotowe szumy (które naturalnie oceniałem tylko na podstawie zeznań chorych) zmniejszyły się w 22 przypadkach, w tem w 6 zupełnie ustały. Czyli w 73% przypadków szumy i dzwonienia słabły w nasileniu lub zmieniały charakter, a w 20% przypadków ustąpiły zupełnie. Szumy o brzmieniu wysokiem, jak świsty i dzwonienia, ustępowały zwyczajnie po 2—3 zastrzykach, utrzymywały się zaś szumy o niskiem brzmieniu. Występowało niekiedy bezpośrednio po zastosowaniu panitryny przejściowo nieznaczne wzmożenie szumu, które w następnych dniach ustępowało. Trwałego pogorszenia się słuchu lub wystąpienia silniejszych szumów na czas dłuższy w naszych przypadkach nie stwierdziłem.

Bardzo dotkliwym objawem w przebiegu przewlekłych schorzeń ucha środkowego i wewnętrznego są zawroty głowy i zaburzenia równowagi. We wszystkich 7 przypadkach, w których objawy te występowały po przeprowadzonem leczeniu panitryną, a nieraz już w ciągu leczenia ustąpiły zupełnie. Podobnie bóle głowy, które chorzy odczuwali nieraz przez bardzo długi czas, po przeprowadzonem leczeniu panitryną ustawały. Oczywista rzecz, że w miarę zmniejszania się szumów, ustawanie zawrotów i bólów głowy — samopoczucie chorych ulegało znacznej poprawie. Przygnębienie psychiczne i zdenerwowanie ustępowało miejsca spokojnemu i wesołemu nawet usposobieniu chorych. Oddziaływanie panitryny na ogólny stan chorych było w naszych przypadkach niewątpliwie dodatnie.




S c h w e r d t f e g e r stwierdzał również poprawę stosując panitrynę w przypadkach ostrego porażenia nerwu twarzowego i powiększenia gruczołu tarczykowego (struma), który zmniejszał swą objętość o kilka centymetrów. W chorobach skórnych stosował panitrynę z dobrym skutkiem w formie maści, a to szczególnie w wypryskach na podstawie niedokrwistości, świądach i wrzodach podudzia; pod tym względem własnych spostrzeżeń nie mam.

Należało się spodziewać, że panitryna, podobnie jak jej składniki, wprowadzona do organizmu spowoduje obniżenie ciśnienia krwi. Mierzyłem więc ciśnienie krwi u chorych przed zastrzykiem i bezpośrednio po zastrzyku. Okazało się, że po wprowadzeniu u człowieka zwyczajnej dawki leczniczej panitryny 0,05 gr, podanej przez Schwerdtfegera występował już w pierwszej minucie bardzo nieznaczny spadek ciśnienia krwi o 2—5 mm Hg. Spadek ten wracał zwolna do normy już w następnych minutach. Naturalnie tak nieznaczne obniżenie ciśnienia nie może mieć znaczenia.

Schwerdtfeger określa działanie panitryny jako rozszerzające naczynia krwionośne zwłaszcza w miejscu jej wprowadzenia. Należało jednak przypuszczać, że panitryna wprowadzona do organizmu, wsysając się, spowoduje rozszerzenie naczyń nie tylko w okolicy miejsca jej wprowadzenia, lecz także zadziała na cały układ krwionośny. Chcąc stwierdzić, jak oddziaływa panitryna na układ krwionośny wprowadzona podskórnie, podokostnowo i dożylnie, wykonałem kilka doświadczeń na psach i kotach. Wprowadziwszy zwierzęciu dawkę podaną przez Schwerdtfegera (0,05 gr.), odczytywałem krzywą ciśnienia krwi, zapisywaną na kymografionie Ludwiga, połączonym z tętnicą dogłowową (a. carotis com.). Z doświadczeń tych okazało się, że po wprowadzeniu panitryny podskórnem spadek ciśnienia krwi był bardzo nieznaczny, gdyż wynosił w drugiej i trzeciej minucie około 6 mm Hg. i w następnych minutach ciśnienie krwi powracało zwolna do tej wysokości, na której było przed wprowadzeniem panitryny. Podobnie oddziaływała panitryna wprowadzona podokostnowo na czaszce zwierzęcia, spadek jednak ciśnienia krwi był nieco większy, gdyż dochodził do 10 mm Hg., po kilku minutach ciśnienie znów się podnosiło do wysokości pierwotnej.

Charakterystyczne oddziaływanie panitryny na układ krwionośny zaznaczyło się wybitnie po wprowadzeniu panitryny dożylnie. Już w pierwszych 10” po wprowadzeniu 0,05

gr. panitryny wystąpił gwałtowny i silny spadek ciśnienia krwi, a mianowicie ze 130 na 70 mm Hg. Spadek ten utrzymywał się na wysokości 70 mm Hg. około 30". Po upływie tego czasu ciśnienie się podnosiło, lecz do wysokości pierwotnej nie doszło, podniosło się bowiem tylko do 110 mm Hg. i na tej wysokości utrzymywało się przez kilka minut. (Patrz krzywa I.).

Ponieważ Schwerdtfeger ostrzega przed użyciem adrenaliny równocześnie z panitryną, gdyż oba te środki mają się znosić w działaniu, zastosowałem dożylnie panitrynę naprzemian z adrenaliną (1:10.000). Adrenalina nie podniosła obniżonego przez panitrynę ciśnienia, zwiększyła jedynie amplitudę skurczów serca. Popielski stwierdził na izolowanem sercu ssaków, że adrenalina przyśpiesza i zwiększa skurcze serca i temu działaniu również jak i obwodowemu zwężeniu naczyń krwionośnych przypisuje wpływ na podniesienie się ciśnienia krwi.

O tem, że panitryna działa obwodowo, a nie centralnie przekonałem się na psie z przeciętym rdzeniem. Pod wpływem panitryny wystąpił spadek ciśnienia krwi z 110 na 42 mm Hg.

Chcąc stwierdzić, czy panitryna działa wprost na mięśnie gładkie ścian naczyniowych czy bardziej dośrodkowo, wykonałem doświadczenia porównawcze z chlorkiem barowym. (Ba $Cl_2$).

Chlorek barowy (jak to wykazali: Böhm na psie z przeciętym rdzeniem, a Popielski na psie z przeciętym rdzeniem i nn. splanchnici) działa na mięśnie gładkie ścian naczyniowych, pobudzając je do skurczu. Wprowadzony chlorek barowy (w roztworze 1:1,000) w ilości 1 cm³ wśródżylnie spowodował tak znaczne podniesienie ciśnienia krwi, że pływak nie zapisywał krzywej. Wprowadzona dożylnie panitryna (0,05 gr) na wysokości największego ciśnienia krwi pod wpływem chlorku baru, spowodowała spadek do 70 mm Hg., który utrzymywał się przez kilkanaście sekund. Następnie ciśnienie podniosło się do 102 mm Hg., a wprowadzony chlorek baru (1 cm³ roztworu 1:1,000) nie podniósł już ciśnienia. (Patrz krzywa II.).

Z doświadczeń powyższych wynika, że punkt działania panitryny jest prawdopodobnie ten sam co i chlorku baru t. zn. na mięśnie gładkie ścian naczyniowych. Oba te środki działają jednak w sensie odwrotnym.

Pozostałoby jeszcze do omówienia określenie wartości panitryny jako środka leczniczego w chorobach narządu słuchowego i określenia wskazań do jej stosowania.

Jak już powyżej zaznaczyłem w większości przypadków zmniejsza ona szumy podmiotowe i prawdopodobnie przez to poprawia nieznacznie słuch. Działanie jej jednak nie we wszystkich przypadkach, w których początkowo poprawa wystąpiła, okazało się trwałem. We wszystkich przypadkach usunęła panitryna zawroty głowy i zaburzenia równowagi pochodzenia usznego, jakoteż bóle głowy; chorzy z powyższymi objawami nie zgłaszali się więcej, wobec czego należy przypuszczać, że objawy te u nich więcej nie wystąpiły. W tem więc działaniu panitryny widziałbym główną jej wartość i wskazanie do stosowania. A jeśli nawet działanie jej jest tylko czasowe, o czem po dalszych obserwacjach będziemy się mogli przekonać, to zmniejsza jej wartość, lecz nie zupełnie, bo można leczenie powtarzać bez szkody dla ogólnego zdrowia chorego.

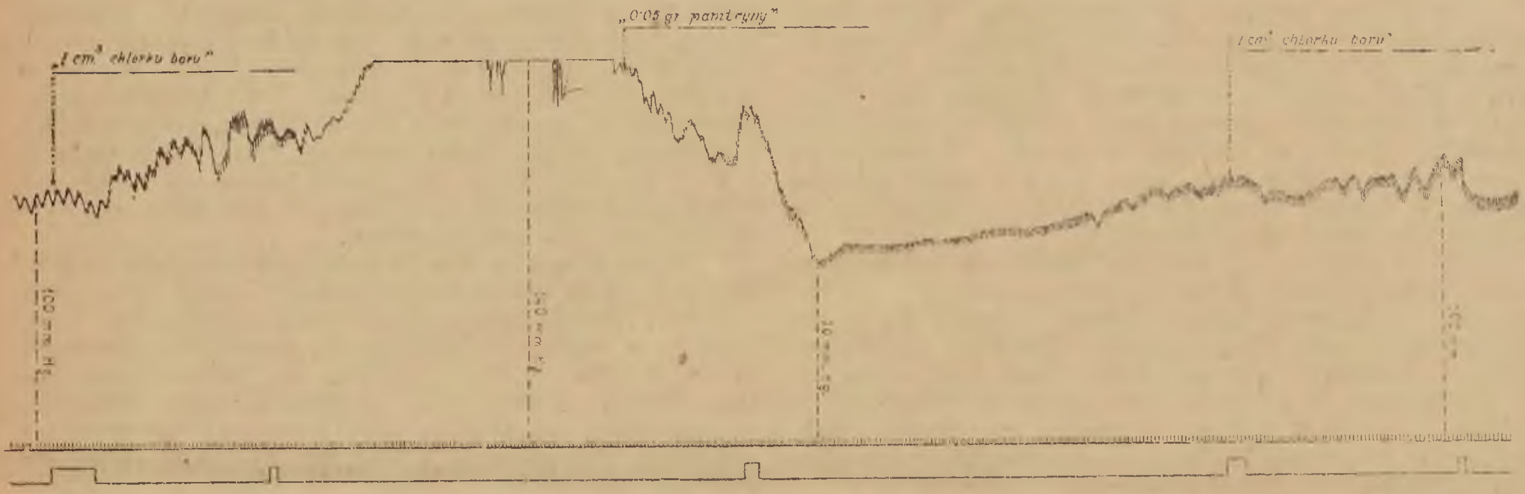
Wskazanem więc będzie stosowanie panitryny:

1) we wszystkich przypadkach przewlekłych schorzeń ucha, o ile chodzić będzie o usunięcie zawrotów głowy, zaburzeń równowagi, bólów głowy i złagodzenie szumów.

2) w przypadkach przewlekłych nieżytów ucha środkowego z częściowem nieznacznem zajęciem błędnika, wczesnych okresach otosklerozy i zajęcia błędnika, o ile chodzić nam będzie o poprawę słuchu.

**Piśmiennictwo.**

1) Schwerdtfeger: Arch. f. Ohrenhlk. Bd. 109. H. 4. 1922. — 2) Lederer: Arch. f. Orenhlk. Bd. 110. H. 1. 1922. — 3) Meyer: Bd. 57. H. 6. 1923. — 4) Blau: Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenhlk. 3. — 5) Popielski: Archiv für exper. Pathol. u. Pharmakol. Supp. bd. 1908.




Dr. J. GLIŃSKI Bydgoszcz.

## Dwa przypadki guza jamy brzusznej jako przeszkoda podczas porodu.

Jako ilustrację do tego, jak nieraz brak dostatecznego wyszkolenia położnej połączony z brakiem zmysłu obserwacyjnego i inteligencji, może doprowadzić rodzącą na brzeg przepaści pozwolę sobie przytoczyć dwa poniższe przypadki.

Przypadek pierwszy dotyczy 25-letniej pierwiastki, u której akcja porodowa rozpoczęła się odrazu bardzo gwałtownie bóle konwulsyjne następowały jeden po drugim, pomimo to poród nie postępował; obecna przy porodzie położna dwie doby czekała na odejście wód i z godnym podziwu stoicyzmem przyglądała się szalejącej z bólów kobiecie, aż wreszcie pod wpływem nalegań otoczenia zdecydowała się zawezwać lekarza. Przybyły lekarz stwierdził guz w jamie Duglasa, jako przeszkodę do porodu i przywiózł p-tkę do zakładu.

Po zastrzyknięciu morfiny i rozpoczęciu narkozy bóle nieco się zmniejszyły i pozwoliły się orjentować. Okazało się, że prawostronna torbiel jajnikowa wielokomorowa wepchnięta została do małej miednicy przed główką płodu i jednocześnie przeszkadzając porodowi działała, jako kolpeurynter na wzmożenie bolów porodowych. Ciepłota ciała 38,5 tętno 120, wody stoją, dziecko żyje, od początku porodu 48 godzin. Przystąpiłem do wykonania cięcia cesarskiego klasycznego, przyczem załatwienie się z torbielą, która się trzymała na niezbyt krótkiej szypule było b. łatwe. Ranę brzuszną zaszyto na głucho, zagojenie przez rychłozrost; po 14 dniach chora wyjechała do domu zdrowa, ciesząc się z posiadania synka.

Drugi przypadek mniej więcej podobny miał jednak koniec mniej szczęśliwy; dotyczył on wieloródki, lat 30, u której od 5-u dni ciągnął się poród dość leniwie, wreszcie to zniecierpliwiło położną, która zawezwała lekarza w celu dokonania wymóżdżenia z powodu nieproporcjonalnie wielkiej główki. Chorą tą obserwowałem u siebie w zakładzie w 6-ym dniu po rozpoczęciu się akcji porodowej; przy badaniu znalazłem główkę płodu, stojącą nad spojeniem łonowem, w pochwie zaś napotykało się twardy wielki guz zstępujący do małej miednicy między tylną ścianą pochwy i odbytnicą, wypełniający prawie całkowicie małą miednicę i dochodzący ponad spojenie łonowe prawie do pępka. Pochwa była bardzo wydłużona ku górze, sklepienia ściśnięte i odsunięte ku przodowi i w prawo, szyjka ściśnięta i zamknięta stała wysoko u góry nad spojeniem łonowem. Stwierdziłem włókniak międzywięzadłowy lewostronny wielkich rozmiarów i przystąpiłem do

laparatomji z planem, aby po wyłuszczeniu guza w celu uratowania dziecka wykonać cięcie cesarskie zachowawcze. Wyłuszczenie guza wielkości głowy dziecka nie było zbyt trudnem: po przecięciu podłużnem więzadła szerokiego, napiętego na powierzchni guza, wyłuszczyło się go bez trudności, lecz w miejscu przytwierdzenia guza do macicy ściana jej okazała się po odjęciu guza na dużej b. przestrzeni obnażona od otrzewnej, a co najważniejsza zcieńczona tak, że pozostawienie macicy z tak znacznym defektem nawet po dokładnem zeszyciu tego miejsca, budziło obawy co do ewentualnego późniejszego pęknięcia przy porodzie, wobec czego zdecydowałem wykonać całkowite wycięcie macicy.

Chorej nie udało się uratować: w dwa dni po zabiegu zmarła przy objawach niedomogi sercowej i wysokiej ciepłoty.

---

Dr. A. DOMASZEWICZ, prymarjusz Szpitala Państw. Lwów.

## Wpływ wysokich dawek skopolaminy na zespół objawów Parkinsona po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu.

Do artykułu Dr. Karola Zahorskiego*).

Wyniki lecznicze dużych dawek skopolaminy (1 centigram na dawkę) stosowanych przez Zahorskiego w zespole Parkinsonowskim po nagm. zap. mózg., sądząc z opisanych w artykule przypadków, były bardzo efektowne i mogłyby rzeczywiście zachęcić niejednego do stosowania tego sposobu leczenia u tak licznie szukających obecnie pomocy, chorych z objawami Parkinsonismu.

Wybór jednak dawek oraz ciekawe spostrzeżenia autora o działaniu skopolaminy na Parkinsonowców, zniewalają mnie do zabrania głosu w tej sprawie i wypowiedzenia kilku uwag, dla krytycznego oświetlenia tego sposobu leczenia.

Dawka 0,01 skopolaminy, jest wedle naszego doświadczenia, dawką bardzo wysoką, sprowadzającą często ciężkie zapady, a zatem niebezpieczną. Stosowana od dawna w zwykłych dawkach (0.0005 — 0.001) w prawdziwej chorobie Parkinsona, w pląsawicy Sydenhama, przynosi ulgę chorym w cierpieniach i rzeczywiście zmniejsza drżenia i przykurcze.

Znacznej poprawy ruchowej i psychicznej w przypadkach autora, nie przypisywałbym wyłącznie pierwszej wysokiej dawce, ale przedewszystkiem następnym małym dawkom skopolaminy, stosowanym przez kilka tygodni.

Leczenie skopolaminą jest typowem leczeniem objawowem, którego dodatni wpływ na przykurcze pozapiramidowe jest tylko czasowym; efektowna, ale złudna poprawa, mija szybko, gdy ustaje działanie leku. Jednorazowa zatem wysoka dawka skopolaminy nie może, moim zdaniem, sprowadzić trwałej poprawy.

W myśl tej zasady, aby utrzymać chorego jak najdłużej pod działaniem skopolaminy i uzyskać możliwie najdłuższą poprawę, stosować należy raczej małe dawki i tylko w miarę przyzwyczajenia ustroju do jadu uciekać się do dawek większych.

Tłomaczenie autora, że duże dawki skopolaminy są nieszkodliwe dla ustroju chorego, wskutek tego, że działają wybiórczo na zarazki nagminn. zap. mózgu, które niejako wiążą jej trujące działanie, nie trafiają zupełnie do przekonania, zwłaszcza jeśli się zna prace Prof. K. Orzechowskiego[1]), który w sposób przekonywujący a oparty na zasadach farmakologji doświadczalnej, tłumaczy paradoksalne działanie skopolaminy (hyoscyny) działającej u Parkinsonowców, ruchowo i psychicznie pobudzająco, gdy zwykle jak wiadomo skopolamina działa wprost przeciwnie (w psychozie) porażając podniecenie psychiczne i ruchowe.

Orzechowski przyjmuje, że unerwienie pozapiramidowe podlega w pewnym zakresie prawom kierującym unerwieniem wegetatywnem, czem tłumaczy się identyczne oddziaływanie aparatów pozapiramidowych z oddziaływaniem mięśni gładkich na jady wybiórcze, t. j. ulegają one porażeniu pod wpływem skopolaminy, a podrażnieniu pod wpływem fizostygminy i nikotyny. Skopolamina zatem porażając układ pozapiramidowy zwalnia tem samem przykurcze w zakresie tego układu i daje większą swobodę i łatwość ruchów, która tak cieszy chorych parkinsonowskich i lekarzy — ale niestety nie jest trwałą i nie zawsze daje się uzyskać.

*) Polska Gazeta Lekarska Nr. 8—9 1924.

Ostatnio Waltz[2]) z Heidelbergu próbował stosować większe dawki skopolaminy (0.001) w stanach schizophrenicznego podniecenia i uzyskiwał kilkugodzinne częściowe remissje tych stanów, w czasie których mógł porozumieć się z chorymi, nakłaniał do dobrowolnego przyjmowania pokarmów i oddawania moczu.

**Piśmiennictwo.**

1) Próba syntezy niektórych zaburzeń pozapiramidowych. Neurologja Polska 1922 r. O unerwieniu pozapiramidowem — Polska Gazeta Lekarska Nr. 22 z 1922 r. — 2) Ueber Hyoscin als symptomatisches Heilmittel beim katatonen stupor. Heidelberg. Klinische Wochenschrift Nr. 13. 1924 r.

---

## Z praktyki.

Dr. Józef HELD. Warszawa.

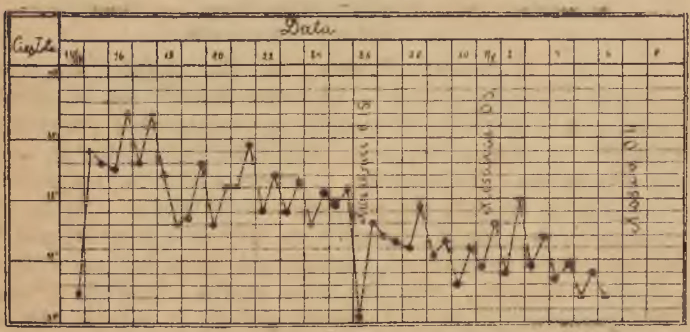
### Przypadek kiły późnej o wielorakiem umiejscowieniu.

Z oddziału I-go Szpitala Wolskiego — Ordynator Dr. Anastazy Landau.

Chory, z zawodu ślusarz, lat 52, przybył do szpitala w 5-tym tygodniu choroby. Choroba zaczęła się od niestałej i nieznacznej gorączki oraz ogólnego osłabienia; jednocześnie wystąpiło wybitne utrudnienie ruchów kończyn dolnych, zwłaszcza w stawach kolanowych i biodrowych, a na pośladku i kończynach zjawiły się głębokie owrzodzenia. Od czterech tygodni leży w łóżku. Przed 5-ciu laty miał również podobne objawy zesztywnienia nóg, które, jak twierdzi, po kilku tygodniach ustąpiły. Pozatem stale zdrów. Pamięta tylko, że przed kilkoma miesiącami dwoiło mu się w oczach. Do chorób wenerycznych nie przyznaje się. Wódkę pijał. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny. Chory apatyczny, zupełnie przytomny. Twarz nieruchoma, bez wyrazu. Wzrost wysoki, budowa prawidłowa, odżywienie liche. Waga 57·1 kg. Ciepłota 39°. Tętno 104 miarowe, napełnienie niezłe. Oddechów 26. Zabarwienie skóry i błon śluzowych bladoróżowe. Na skórze tułowia i rąk liczne wysepki bielactwa nabytego, wielkości od ziarna soczewicy do fasoli (vitiligo). Na lewem podudziu w okolicy kostki zewnętrznej, na tylnej powierzchni lewego przedramienia około przegubu łokciowego, oraz na lewym pośladku i krzyżu owrzodzenia wielkości od 3-ch do 5-ciu cm średnicy, owalne, drążące w głąb tkanki podskórnej (na krzyżu owrzodzenie dochodzi do kości), o brzegach podminowanych, twardych, z dnem pokrytem ziarniną oraz żółtą, ropną wydzieliną. Na granicy górnej i środkowej części lewej kości piszczelowej, zgrubienie okostnej wielkości rydza, na dotyk wrażliwe. Nieznaczne obrzmienie obydwu stawów kolanowych. Obie kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych do kąta prostego. Ruchomość czynna i bierna w stawach kolanowych wybitnie ograniczona: rozginanie możliwe do 120°. zginanie poza kąt 90° niemożliwe. Zginanie w lewym stawie biodrowym utrudnione; ruchy przywodzenia, odwodzenia i obrotowe w lewym stawie biodrowym znacznie ograniczone. Inne stawy bez zmiany. Gruczoły chłonne na szyji niemacalne; pachwinowe wielkości fasoli, dość twarde. Na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła zmian szczególnych brak. Płuca: z tyłu z prawej strony stłumienie od 10 żebra, z lewej od 9 żeb. z nieznacznie osłabionem drżeniem piersiowem: oddech słyszalny do samego dołu osłabiony. Na całej przestrzeni z tyłu oddech szorstki, nieliczne rozsiane furczenia. Serce: granice prawidłowe. Tony u podstawy głuche. Ze strony aorty zmian brak. Jama brzuszna: wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego, bolesna przy obmacywaniu; powierzchnia nierówna, brzeg twardy. Śledziona od góry znacznie powiększona i wypukuje się od 7-go żebra, dolny jej brzeg wystaje na jeden palec z pod lewego łuku żebrowego. Układ nerwowy: źrenice wązkie; lewa nieprawidłowo okonturowana; obie na światło nie oddziaływują, na przystosowanie bardzo dobrze. Odruchy kolanowe i Achillesowe obecne. Czucie bólowe, dotykowe, ciepłoty, położenia członków zachowane. W moczu nic szczególnego. Badanie krwi: Odczyn Wasermana wynik dodatni ++++. Ilość ciałek białych w 1 m m$^3$ 7.000. Wzór leukocytowy: neutrof. 66%, mał. limf. 26% duż. monoc. i przejść. 7% eozyn. 1%. Ciśnienie krwi według Riva-Rocci 110/80. Ciśń. tętna 30. Nakłuciem lędźwiowem otrzymano 20 cm płynu, który wytrysnął pod znacznem ciśnieniem. Nonne-Apelt dodatni; zawartość białka powiększona: 0,3%. W osadzie limfocyty dość liczne. Wasserman w płynie mózgowo-rdzeniowym słabo dodatni (patrz krzyw. ciepłoty Nr. II). W przypadku powyższym rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Lues tertiaria. Lues cerebro-spinalis incipiens* (objaw Argyll-Robertson'a, *meningitis spinalis luetica*). *Osteoarthritis syphilitica multilocularis. Periostitis luetica. Lues hepatis et lienis. Gummata cutis.* Choremu zaleciliśmy leczenie swoiste: wcieranie szaruchy po 2 gr., Kal. jodatum z 12|200.0 Neosalvarsan 0.15—0.45. Pod wpływem leczenia swoistego wszystkie objawy za wyjątkien

kiły nerwowej zaczęły szybko ustępować. Dn. 2. V. ciepłota prawidłowa. Kilaki skórne goją się szybko pokrywając się ziarniną; ruchomość w stawach kolanowych i biodrowym lewym zarówno bierna, jak czynna całkowicie powróciła. Stłumienie z tyłu w płucach zginęło. Wątroba jeszcze macalna na jeden palec, niebolesna. Natomiast wystąpiły bóle opasujące w górnej części brzucha, które uważaliśmy, jako obostrzenie kiły nerwowej (objaw Herxheimera) ze strony korzonków grzbietowych (meningo-radiculitis luetica). Zjawiły się bóle strzelające w kończynach dolnych, przeważnie lewej. Przytłumienie czucia bólowego na tylnej powierzchni prawej stopy. 29. VI. chory wypisany przybrawszy na wadze 4,8 kilo. Objaw Argyll-Rob. utrzymuje się. Od czasu do czasu strzelające bóle w dolnych kończynach. Na lewem podudziu, lew. przedramieniu i lew. pośladku blizny po zagojonych kilakach. Zgrubienie okostnowe lewej piszczeli pozostało bez zmiany. Stawy kolanowe i lewy biodrowy żadnych odchyleń od stanu prawidłowego nie przedstawiają, tak że chory chodzi zupełnie swobodnie. Wątroba macalna na jeden palec, twarda niebolesna; śledziona niemacalna. Wogóle chory czuje się zupełnie dobrze i może powrócić do swych codziennych zajęć.




Przytoczony przez nas przypadek kiły późnej u osobnika pięćdziesięciokilkoletniego, dotąd całkiem nieleczonego, zasługuje na uwagę ze względu na rozmaite i rozległe umiejscowienie sprawy kiłowej, a mianowicie: na skórze, w układzie kostnostawowym, w wątrobie, śledzionie i w układzie nerwowym. Zwłaszcza współistnienie objawów kiły 3-rzędnej, która usadowiła się z jednej strony w układzie nerwowym, z drugiej zaś w skórze i układzie kostnostawowym uważane jest za rzadkie. Lechelle[1]) opisuje przypadek, dotyczący 41-letniej kobiety, u której wystąpiły objawy odosobnionego zapalenia prawego stawu skokowego i u której poza schorzeniem stawu skokowego stwierdzono objaw Argyll-Robertsona oraz dodatni odczyn Wassermana we krwi. Przypadek ten po kilku tygodniach leczenia swoistego zakończył się zupełnem wyzdrowieniem. Analogiczny prawie przypadek kiłowego schorzenia stawów wraz z objawem Arg.-r. opisuje Guillain[2]). Nasz przypadek pod tym względem jest bardziej pouczający: obok umiejscowienia kiły w 3-ch stawach, skórze, wątrobie, i śledzionie mamy do czynienia z poczynającym się wiądem rdzenia (obj. Arg.-Rob., zachowanie się płynu mózgordzeniowego, bóle strzelające w kończynach, bóle opasujące). W naszym przypadku wszystkie objawy kiły z wyjątkiem układu nerwowego, pod wpływem leczenia swoistego bardzo szybko ustąpiły. Okoliczność, iż kiła późna względnie rzadko sadowi się jednocześnie w układzie nerwowym i skórze, ewentualnie w układzie kostnostawowym (Fournier[3]) np. na 83 przypadki porażenia postępującego tylko w 3-ch przypadkach stwierdził objawy kiły 3cio-rzędowej skórnej) dała powód do twierdzenia, że istnieją dwa gatunki jadu kiłowego: neuropowy i dermotropowy, z których pierwszy odznacza się szczególnem powinowactwem do tkanki nerwowej, drugi zaś — tkanki skórnej, ewentualnie układu kostno-stawowego. Z powyższym poglądem dualistycznym wystąpili pierwsi Levaditi i A. Marie[4]), opierając się na wynikach swych badań doświadczalnych na zwierzętach. Szczepiąc królikom jad kiłowy, zastrzykując krew chorych na porażenie postępujące lub wiąd rdzenia, autorowie francuscy przekonali się, iż okres wylęgania u tych zwierząt jest dłuższy, aniżeli u królików, szczepionych wydzieliną ze zwykłego szankra twardego. Spostrzegli oni następnie, że wrzód pierwotny wywołany u zwierząt przez jad neurotropowy, przebiega nieco odmiennie, posiada znacznie mniejszą skłonność do samoistnego gojenia się, aniżeli wrzód pochodzenia dermotropowego; krętki neurotropowe po przeszczepieniu na króliki tracić mają swoją żywotność; wówczas gdy dermotropowe ewentualnie po kilkakrotnem przeszczepianiu z królika na królika nie tracą (w szeregu kilku pokoleń) swojej jadowitości. Uodpornienie królików jednym gatunkiem krętków, np. neurotropowym, zdaniem Levaditi'ego i Marie, nie zapobiega zakażeniu krętkami dermotropowemi i naodwrót. Przeciwko tej teorji dualistycznej przemawia szereg faktów i spostrzeżeń klinicznych. Już Krafft-Ebing[5]) wykazał, iż szczepiąc chorym na porażenie postępujące wydzielinę z wrzodu pierwotnego nie otrzymuje się w miejscu szczepienia żadnych objawów chorobowych. Ostatnio Sicard[6] potwierdził te doświadczenia, co dowodzi, że obecność czynnej sprawy kiłowej w układzie nerwowym chroni dostatecznie ustrój ludzki przed ponownem zakażeniem krętkami t. zw. dermotropowemi. Spostrzeżenia kliniczne, z współrzędnem występowaniem objawów kiłowych w różnych narządach: np. układzie nerwowym, na skórze, układzie kostnostawowym, bezwzględnie przemawiają za tem, że krętek blady posiadać może powinowactwo naraz do wielu narządów, chyba że należałoby przypuścić, iż w pierwotnem zakażeniu brały jednocześnie udział oba gatunki krętków.

Nasz przypadek z wielorakiem umiejscowieniem kiły późnej jest bardzo pouczający i przemawia raczej za jednogatunkowością krętka bladego.

**Piśmiennictwo.**

1) Lechelle: Bullet, et mem. des hôpitaux Nr. 16 1922 r. 2) Guillain: Revue neurologique str. 774 e 1905. — 3) cytow. Citron: Kraus Brugsch, Specielle Pathol. III str. 1267. — 4) Levaditi i A. Marie: Annal. de l'Instit. Pasteur 1919 t. 33|II; La presse médicale 66 1920. — 5) Krafft-Ebing: Die Progres. allgemeine Paralys. Nothnagels Handbuch 1894. — 6) Sicard: La presse médicale Nr. 52 1920.

## Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

### Nowsze zapatrywania na etjologję wypadania macicy (*).

Dokładne badania nad konstytucją całego organizmu, a specjalnie narządu rodnego kobiecego, zwróciły uwagę na fakt, że bardzo wiele kobiet, u których istnieje wypadanie macicy, okazuje wyraźne zmiany konstytucji, tak że z konieczności nasunąć się musiał wniosek, iż pomiędzy wypadaniem macicy, a zaburzeniami w konstytucji istnieje pewien przyczynowy związek. Jaschke np. zbadawszy 490 kobiet, cierpiących na wypadanie macicy różnego stopnia, stwierdził u 447 (czyli 91·2%) mniej lub więcej wybitne zmiany konstytucji.

Okoliczność ta rzuca zupełnie nowe światło na nasze dotychczasowe zapatrywania co do przyczyny powstawania wypadania macicy. Wiemy, jak zapatrywania te z biegiem czasu ulegały zmianie. Przez długi czas uważano za tę przyczynę jedynie niedostateczne i niesprawne funkcjonowanie więzadeł macicy, a więc aparatu łącznotkankowego. Dokładne badania anatomiczne i kliniczne Halbana i Tandlera z przed lat kilkunastu wykazały, że zapatrywanie to było mylne. Według tych badań główną rolę w utrzymaniu statyki narządu rodnego w stanie fizjologicznym odgrywa aparat mięsny czyli podstawa miednicy. Zniszczenie lub osłabienie tego aparatu prowadzi wcześniej czy później do zaburzeń w statyce narządu rodnego i do wypadania macicy. To zapatrywanie do niedawna było powszechnie uważane za jedynie słuszne, choć niektórzy autorowie (Sellheim, Jaschke) sądzą, że tak więzadłowy aparat macicy jak i podtrzymujący ją aparat mięsny stanowią nie tylko pod względem czynnościowym, ale do pewnego stopnia i anatomicznym — nierozłączną całość. Lecz i oni przyznają, że zniszczenie lub uszkodzenie mięsnej podstawy miednicy odgrywa daleko ważniejszą rolę w etjologji wypadania macicy, aniżeli zniszczenie łącznotkankowego aparatu więzadłowego.

W myśl wspomnianych doświadczeń i badań nad konstytucją uważać należy wypadanie macicy w przeważnej liczbie przypadków za następstwo mniejwartościowości całego

(*) Streszczenie wykładu, wygłoszonego w Tow. ginek. lwow. dnia 11. X. 1923.)

organizmu, a nieraz właśnie za wybitny objaw zmian konstytucyjnych. Obrażenia zaś lub uszkodzenia narządu rodnego odgrywać mają jedynie rolę czynnika wywołującego.

Nie da się atoli zaprzeczyć, że czynnik ten odgrywa bardzo ważną rolę, a codzienne doświadczenie poucza, że u kobiety najlepiej zbudowanej i bez najmniejszych jakichkolwiek zmian w konstytucji może przyjść i przychodzi do wypadnięcia macicy wskutek zniszczenia podstawy miednicy i uszkodzenia aparatu więzadłowego macicy. Toteż i Jaschke w spostrzeżeniach swych przypisuje temu czynnikowi bardzo ważne znaczenie.

Autor ten rozróżnia dwa główne typy nieprawidłowości konstytucji, najczęściej spostrzegane:

1) Czysta niedomoga (*asthenia*) i
2) niedokształcenie (*infantilismus*).

Nadto — jako typ trzeci — przyjmuje postać mięszaną, u której występują cechy obu głównych typów, t. zw.

3) *Infantilismus asthenicus*.

Mechanizm powstawania wypadnięcia macicy w każdym typie jest inny, a w przypadkach o postaci mięszanej grają rolę różne momenty, tak, że następowo nieraz trudno jest ocenić, któremu z nich przypisać należy większe znaczenie.

Charakterystyczną cechą pierwszego typu (*asthenia universalis congenita Stilleri*) jest wrodzona niedomoga tkanek, wchodzących w skład aparatu więzadłowego jakoteż podstawy miednicy. Niedomoga ta sprawia, że tkanki te nie mogą podołać większym wymaganiom, choćby te nie przekraczały nawet granic fizjologicznych. U kobiet takich przychodzi do wypadania macicy nawet bez najmniejszych uszkodzeń podstawy miednicy. Wypadanie macicy jest tu poprostu następstwem fizjologicznego urazu ciążowego i porodowego. Rozpulchnienie, rozmiękczenie i rozluźnienie spoistości tkanki łącznej mniejwartościowej i brak normalnego napięcia muskulatury jest w tych przypadkach równoznaczne z uszkodzeniem, jakie powstaje w tkance normalnej wskutek nadmiernego jej rozciągnięcia. Wskutek tego i w czasie połogu tkanki te nie nabierają należytej żywotności, tak że powstaje stały brak odpowiedniego napięcia tkanek, niezbędnego dla utrzymania trzewi w normalnem ułożeniu. Powstaje więc opadnięcie trzewi, któremu nierzadko towarzyszy wypadanie części rodnych jako częściowy objaw tego opadnięcia.

Zasadniczo zupełnie inny jest mechanizm powstawania wypadnięcia macicy przy drugim typie, t. j. przy niedokształceniu czyli niedorozwoju, który dotyczyć może całego organizmu lub — co częściej bywa — tylko narządu rodnego i miednicy. Tutaj decydującą rolę odgrywa niestosunek pomiędzy istniejącą pojemnością kanału rodnego a tą, jaka jest niezbędnie potrzebna, aby płód mógł przez nią urodzić się bez jakichkolwiek uszkodzeń. Za mała stosunkowo pojemność i nierzadko istniejąca równocześnie niepodatność części miękkich kanału rodnego sprawiają, że poród w takich przypadkach jest zbyt silnym urazem, co sprawia, że wspomniany niestosunek pomiędzy istniejącą a potrzebną i odpowiednią pojemnością kanału rodnego miękkiego może być i bywa zwykle pokonany przez przedarcie i obrażenie części miękkich. Zasadniczo nie gra to większej roli, czy w przypadkach tych poród odbywa się siłami natury, czy też zostaje sztucznie ukończony, choć zrozumiałą jest rzeczą, że w przypadkach, rozwiązanych przy pomocy zabiegów operacyjnych, obrażenia częściej się muszą przydarzać, aniżeli w tych, gdzie poród przebiega siłami natury. Zwłaszcza przedwcześnie wykonany zabieg operacyjny powoduje rozległe obrażenia, choć z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że ten sam zabieg, umiejętnie i w porę zastosowany, niejednokrotnie zdoła właśnie ograniczyć w znacznej mierze nieuniknione obrażenia.

Przy formie mieszanej, t. j. niedorozwoju połączonym z niedomogą (*infantilismus asthenicus*), oba wspomniane czynniki, t. j. tak niedomoga tkanin jak i mała pojemność kanału rodnego miękkiego, w różnym stopniu odgrywają rolę stąd też możliwość najrozmaitszych kombinacyj. Okoliczność ta ma ważne znaczenie pod względem leczniczym.

Graff jest również tego zdania, że uraz porodowy nie stanowi najważniejszego czynnika w etjologji wypadania macicy, i za najważniejsze uważa czynniki konstytucjonalne. Gdyby bowiem tak było rzeczywiście, to należałoby się spodziewać, że kobiety, które tylko raz rodziły, rzadziej cierpiałyby na wypadanie macicy, te zaś, które odbyły kilka porodów, — daleko częściej. Codzienne doświadczenie nie potwierdza prawdziwości tego rozumowania. Również i wiek kobiety w czasie pierwszego porodu nie ma posiadać tego znaczenia, jakie mu przypisywano.

Wypadanie macicy zdaniem Graffa uzależnione jest przedewszystkiem od dyspozycji danej kobiety, a dyspozycja ta znów zależy od konstytucji, jaką kobieta posiada. Dyspozycja ta ujawnia się głównie wrodzoną mniejwartościowością tkanki łącznej i muskulatury, które to objawy tak wyraźnie występują przy wspomnianym wyżej »*habitus asthenicus*«. To nam tłómaczy, dlaczego u kobiety prawdziwie zdrowej nie przyjdzie do wypadnięcia macicy nawet po kilku porodach, gdy tymczasem dla kobiety z »*habitus asthenicus*« jeden jedyny, nawet lekki poród może stanowić tak znaczny uraz, że u niej w krótkim czasie po porodzie macica się obniży i wypadnie.

Ze względu na czas powstawania opadnięcia względnie wypadnięcia macicy rozróżnia Graff cztery grupy:

1) Wypadanie macicy u dziewic i u kobiet, które nie rodziły, połączone często ze zboczeniami w rozwoju kośćca (*Spina bifida*). Często równocześnie spostrzegana otyłość u tych kobiet zdaje się przemawiać za zaburzeniami w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu (*hypophysis*) jako za czynnikiem etjologicznym.

2) Wypadanie macicy u kobiet wkrótce po porodzie, nieraz pierwszym i jedynym, i to odbytym siłami natury. I w tych przypadkach nieraz można stwierdzić rozwojowe zboczenia kośćca (*spina bifida occulta*).

W obu tych grupach chodzi o kobiety, których tkanki są wyraźnie mniejwartościowe.

3) Najliczniejszą grupę stanowią kobiety, u których opadnięcie macicy występuje nieraz dopiero w kilka lat po porodach w czasie przed okresem przekwitania lub też w tym okresie. W przypadkach tych zmniejszona odporność względnie osłabienie tkanek ujawnia się dopiero wówczas, kiedy z biegiem czasu tkanki te tracą powoli elastyczność. I w tych przypadkach jedną z przyczyn zmniejszonej odporności tkanek mogą być zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu.

4) Wreszcie grupa czwarta obejmuje przypadki najrzadsze, w których wypadanie macicy występuje już po okresie przekwitania.

Ilość przebytych porodów oraz ich jakość odgrywają zdaniem Graffa tylko podrzędną rolę, która zasadniczo przypada jedynie czynnikom konstytucjonalnym.

Sellheim nie zaprzecza, że wrodzona konstytucja odgrywa ważną rolę w etjologji cierpień narządu rodnego kobiety, przypisuje atoli daleko większe znaczenie t. zw. nabytej formie konstytucji. Zdaniem jego najlepsza wrodzona konstytucja kobieca może ulec i ulega zniszczeniu wskutek nadużyć, na jakie w lekkomyślny sposób bywa narażony nietylko narząd rodny, ale nawet cały organizm kobiety. Pod tym względem »ludzie kulturalni« odbiegli bardzo od natury. Dotyczy to zwłaszcza naszych pojęć co do czasu rodzenia i znaczenia jego w stosunku do wypadania macicy. Nienaturalne przesunięcie pierwszego macierzyństwa, jak to przeważnie bywa, na czas zbyt późny, jest zdaniem Sellheima główną przyczyną wypadania macicy. Złe przyzwyczajenia i zwyrodnienie »człowieka kulturalnego« działają podobnie. Za najodpowiedniejszy czas dla pierwszego porodu uważa on wiek między 18 a 20 r. życia. Na podstawie dat statystycznych przekonał się, że począwszy od 20 roku życia, im później odbywał się pierwszy poród, tem częściej przydarzało się wypadanie macicy. Ilość następnych porodów nie odgrywa już tak ważnej roli, o ile tylko pierwszy poród odbył się w należytym czasie. W ten sposób na tle nienaturalnego przesunięcia czasu pierwszego porodu i zwyrodniałego trybu życia rozwija się wypadanie macicy, zwłaszcza jeżeli zadziałają inne czynnniki, a mianowicie wzmagająca się z wiekiem utrata elastyczności tkanin i zastosowana do warunków życia forma zajęcia, dla kobiet zwłaszcza stałe natężenie i wysiłek cielesny, odpowiadające więcej właściwościom mężczyzny

Zangenmeister jest zdania, że niedomoga konstytucjonalna odgrywa niepoślednią rolę w etjologji wypadania macicy, o czem oddawna wiemy, znaczenie jej jednak w dzisiejszych czasach jest przeceniane. Najważniejszym czynnikiem zdaniem jego jest uraz. Nawet ubytki w podstawie miednicy nie odgrywają zbyt wielkiej roli, natomiast daleko ważniejsze znaczenie ma rozluźnienie tkanki łącznej miednicy, które powoduje najpierw nadmierną ruchomość, a następnie opadnięcie pochwy i macicy.

Mathes twierdzi, że u kobiet, cierpiących na wypadanie macicy, istnieje zawsze zbyt małe nachylenie miednicy. Nie przypisuje on atoli temu objawowi związku przyczynowego i sądzi, że idzie tylko o to, czy podstawa miednicy może dostatecznie przeciwdziałać i znieść wywierane na nią ciśnienie. Zazwyczaj chodzi w tych przypadkach o osobniki młode, które nie miały czasu dostosować się jeszcze do wymogów, jakie istnieją w pozycji stojącej. Wyrażenie »wypadanie macicy« uważa za nieścisłe i nie właściwe, bo najpierw obniża się to, co leży najniżej, a więc pęcherz moczowy i Douglas, i one to dopiero następowo wypierają przednią i tylną ścianę pochwy. Zangenmeister natomiast nie uważa za »*primum movens*« pęcherza moczowego, lecz pochwę, która następnie pociąga za sobą pęcherz moczowy, co sprawia, że w pęcherzu wytwarza się uchyłek. Później naturalnie pęcherz moczowy wpływa na powiększanie się wypadania macicy, działając na podobieństwo uchyłku wskutek wypuklenia (*Pulsionsdivertikel*).

Flatau na podstawie wieloletnich spostrzeżeń i licznych pomiarów miednic dochodzi do przekonania, że wypadanie macicy powstaje wtedy, jeśli do dwóch przyczyn okolicznościowych, za które uważa zwiotczenie aparatu więzadłowego i uszkodzenie podstawy miednicy, przyłączy się czynnik konstytucjonalny, polegający na zbyt małem nachyleniu miednicy. Wypadanie macicy u dziewic i u osób, które nie rodziły, zdaniem jego bez wyjątku pozostaje w przyczynowym związku ze zbyt małem nachyleniem miednicy. U wszystkich kobiet, które okazywały cechy niedorozwoju (*infantilismus*), stwierdził on nienormalne nachylenie miednicy i dlatego uważa ten objaw za charakterystyczną i właściwą cechę niedomogi na tle niedorozwoju (*asthenia infantilis*).

Ebeler wśród 28 kobiet z wypadnięciem macicy stwierdził u 23 (82%), w obrazie roentgenologicznym zmiany, odpowiadające »*spina bifida occulta*«, gdy tymczasem wśród 28 kobiet bez wypadnięcia macicy zmiany te istniały tylko u 3 (10%). Na podstawie tego spostrzeżenia łączy te zmiany w związek przyczynowy z wypadaniem macicy. Zapatrywania tego nie podzielają inni autorowie, a podobne spostrzeżenia Heynemanna dochodzą do wprost przeciwnych wniosków. Autor ten bowiem na 20 kobiet z wypadaniem macicy zaledwie u jednej stwierdzić mógł obraz, odpowiadający *spina bifida occulta*, gdy tymczasem u wielu kobiet zauważył tę nieprawidłowość, mimo że osoby te nie cierpiały na wypadanie macicy. Sądzi on, że przyczyna wypadania macicy może być różna i tak, zdaniem jego, są kobiety, u których powstaje wypadanie macicy na tle zmian konstytucjonalnych, są inne, które dobrej budowie i normalnej konstytucji zawdzięczają, że u nich nie przychodzi do wypadnięcia macicy pomimo znacznych uszkodzeń w czasie porodu. I na odwrót — mimo dobrej konstytucji zbyt znaczne uszkodzenia i silny uraz u niektórych kobiet powodują wypadanie macicy. Zazwyczaj atoli tak bywa, że współdziałają oba czynniki. Co się tyczy leczenia wypadania macicy, to zasadniczo stosują wszyscy autorowie zabiegi operacyjne. Atoli co do wyboru zabiegu panują jeszcze dotąd znaczne różnice w zapatrywaniach.

Schubert stosuje od 10 lat ustalenie macicy zapomocą paska powięzi, który uzyskiwał pierwotnie z powięzi mięśnia prostego, później z powięzi szerokiej uda, a wreszcie w ostatnich czasach z osierdzia serca bydlęcego. Pasek ten zakłada jak pętlę naokoło macicy u nasady więzadeł, przyszywa go do macicy kilkoma szwami węzełkowemi, pokrywa otrzewną na całym przebiegu przez jamę brzuszną, przeprowadza poza obręb jamy otrzewnowej w okolicy wewnętrznego pierścienia pachwinowego i w końcu, naciągnąwszy silnie wolne jego końce, przyszywa je do powięzi brzusznej. Sposób ten zastosował w 41 przypadkach zawsze z dobrym wynikiem bez żadnego nawrotu, mimo późniejszych porodów. Celem skrócenia i uproszczenia zabiegu polecił sporządzić firmie Braun-Melsungen wspomniane paski z powięzi osierdzia bydląt. Firma ta wyrabia je w szklanych ampułkach. Poprzednio przekonał się doświadczalnie na zwierzętach, że takie paski z osierdzia bydlęcego goją się i zrastają bardzo dobrze.

Sänger uważa przemieszczenie (*interpositio*) macicy sposobem Wertheima za najlepszy zabieg. Zamiast stosowanego dawniej odcięcia części pochwowej wykonuje polecane przez Kjellanda wyłyżeczkowanie szyji macicy, a w celu lepszego ustalenia przemieszczonej macicy stosuje równocześnie modyfikację, podaną przez Natviga, t. zn. hiatopeksję. Modyfikacja ta polega na tem, że przemieszczoną macicę przyszywa się z obu stron do zbitej podśluzowej tkanki łącznej i okostnej ramienia zstępującego kości łonowej.

Zangenmeister uważa wszelkie zabiegi skomplikowane za zbyteczne, miał bowiem zawsze dobre wyniki po operacjach plastycznych podstawy miednicy w połączeniu z ustaleniem macicy ku przodowi.

Fraenkel stosował dawniej przyszycie pochwy powyżej miednicy za pomocą pasków z powięzi. Przekonał się jednak, że użycie tych pasków jest zbyteczne, gdyż pochwa w tych przypadkach daje się bardzo wysoko wyciągnąć nawet do wysokości połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem. Przytwierdzenie macicy do powłok brzusznych (*ventrifixura*) uważa za zabieg najłatwiejszy i najpewniejszy, o ile atoli równocześnie istnieje uchyłek pochwowy pęcherza (*cystocele*), wymaga on osobnego zabiegu.

Sellheim uważa zabiegi skomplikowane za zupełnie zbyteczne, nigdy ich nie stosował, a po wykonanych przez innych operatorów widywał często nawroty. Proste i pojedyncze zabiegi zdaniem jego są najlepsze, a za takie uważa stworzenie dobrej podstawy (zamknięcie) miednicy moczopłciowej i odbytnicowej (*diaphragma pelvis urogenitale et rectale*) i silne przymocowanie do niej rozluźnionej pochwy. Wyniki miał zawsze dobre, z pewnem atoli ograniczeniem. Możemy bowiem zabiegami temi zbudować na nowo zniszczoną podstawę miednicy, nie zdołamy jednak przywrócić jej normalnej, fizjologicznej zdolności rozszerzania się i ruchomości, co dla odbycia porodu jest niezbędne. To też w razie następnego porodu radzi tak zbudowaną podstawę miednicy naciąć odpowiednio i na nowo dokładnie zeszyć, aby przynajmniej częściowo utrwalić wynik pierwotnego zabiegu.

To zapatrywanie Sellheima jest zupełnie słuszne, a doświadczenie, które poczyniliśmy w klinice lwowskiej w ciągu 25 lat, całkowicie je potwierdza. Zasadniczo, podobnie jak i on, stosujemy zawsze plastykę celem zbudowania podstawy miednicy, dodając równocześnie skrócenie więzadeł okrągłych sposobem Aleksandra-Adamsa. Tylko wyjątkowo zależnie od okoliczności (wiek chorej, powikłania i t. p.) odstępujemy od tej zasady i stosujemy zależnie od warunków inne zabiegi.

---

## Oceny i sprawozdania.

Wachholz Leon. **Szpitale krakowskie**. Cz. II. Bibljoteka krakowska Nr. 60, 1924. str. 65.

Wachholz wydał obecnie drugą część »Szpitali krakowskich« (cz. I. wyszła w r. 1921). Jest tu mowa o szpitalu Braci Miłosierdzia, o domu szalonych, szpitalu akademickim św. Barbary i szpitalu św. Łazarza. Rzecz osnuta po części na materjałach archiwalnych, przedstawia ważniejsze daty w rozwoju tych instytucyj. Dzieje szpitala św. Barbary i szpitala św. Łazarza są niezmiernie pouczające, wykazując, co się stać może, jeżeli wzajemny stosunek dwóch władz, n. p. władzy duchownej i świeckiej nie jest dokładnie ustawowo uregulowany.

Historja daje tu nauczkę dzisiejszemu pokoleniu, które ma w Polsce obecnie unormować stosunek władz samorządowych, które obejmują szpitale, do uniwersytetów, które po

szpitalach mają swoje kliniki. Dlatego obecnie monografja Wachholza zasługuje szczególnie na rozpowszechnienie.

*Sz.*

**Podręcznik chorób zakaźnych** — wydawany pod redakcją St. Sterlinga-Okuniewskiego. Nakład Książnicy Polskiej. Lwów—Warszawa 1924. Z. VI.

Zeszyt objętości 284 stron zawiera w tekście 29 rysunków i 2 tablice. Papier, druk dobre, strona zewnętrza przedstawia się korzystnie. Na treść zeszytu składa się sześć monografij:

St. Sterling-Okuniewski: Cholera.
A. Huszcza: Dur brzuszny.
H. Brokman: Dury rzekome.
W. Knappe: Czerwonka bakteryjna.
W. Knappe: Czerwonka pełzakowa.
L. Anigstein: Wiciowce i wymoczki jelitowe człowieka i choroby przez nie wywoływane.

Każdy z autorów ujął swój przedmiot ze stanowiska etjologji i kliniki. Przy omawianiu strony etjologicznej uwzględniono cechy biologiczne danego zarazka i sposoby jego wykrywania.

W związku z etjologją omówiono stronę epidemjologiczną każdej choroby. W opisie klinicznym objawy chorobowe przedstawiono w związku ze zmianami anatomicznemi. W każdej monografji omówiono szeroko leczenie, a więc i pielęgnowanie i odżywianie chorych, zabiegi lecznicze, dalej podawanie środków farmaceutycznych i wreszcie stosowanie surowic swoistych. Sprawę zapobiegania chorobom zakaźnym wyłuszczono, opierając się na zdobyczach hygjeny i nauki o odporności. Odnośne piśmiennictwo uwzględniono do ostatnich lat, a piśmiennictwo polskie do ostatniego roku. Każdy z autorów przedstawił swój przedmiot z wielką znajomością rzeczy, w sposób treściwy, często barwny, tak że się książkę czyta z korzyścią i przyjemnością. Tyle dla informacji czytelników P. G. L.

A teraz zwracam się do autorów. Na str. 69 znajduje się wyrażenie »posiew sztrychowy«, na str. 91 »szlam«, jedno i drugie wyrażenie niełade. Na str. 91 różyczkę durową określono jako plamki zlekka wzniesione, zamiast ją nazwać »grudka« lub »guzek«. W rozdziale o cholerze nie widzę pracy Bujaka (Przegl. Lek. 1917. Nr. 39 i 40) dotyczącej stanu durowego.

Na str. 187 powiedziano o b. paratyphus B, że serwatkę lakmusową czerwieni, a nie dodano, że ją później barwi na niebiesko.

Na tem kończę moje uwagi. Wymienione usterki nie umniejszają ogólnej wartości dzieła, ale zapamiętałem je dlatego, bo mi chwilami mąciły skupienie z jakiem czytałem ten dobry podręcznik. *Kostrzewski.*

Spielmeyer W. **Histopathologie des Nervensystems.** Bd. 1. Berlin 1923.

Zasługą Nissl'a i Brodmann'a jest wyraźny powrót w nowoczesnej neuropatologji do djagnostyki topicznej i starych poglądów Morgagniego, stwierdzających rodzaj choroby według zmian dostrzegalnych w mózgowiu.

Na wstępie autor omawia metody histologiczne układu nerwowego i poucza o błędnem często tłumaczeniu obrazów artefaktów lub zmian, spowodowanych przez procesy gnilne. Spielmeyer wprowadza do stanów chorobowych układu nerwowego podział na schorzenia pochodzenia pierwotnie ektodermalnego i pierwotnie mesenchymalnego.

Autor w książce swojej opisuje przedewszystkiem zmiany w poszczególnych częściach tkanki, a dopiero później podkreśla zespół zmian anatomo-patologicznych, interesując się przedewszystkiem zmianami histologicznemi. W książce tej znajdujemy szczegółową analizę jednostek chorobowych. Bardzo ładne różnobarwne ryciny ilustrują książkę.

*W. Janusz* (Lwów).

W. Kopaczewski. **Théorie & Pratique des colloides en biologie & en médicine.** — Paris-Vigot Frères 1923. str. 308 — 112 rycin w tekście.

»Nauka o koloidach jest dzieckiem naszego wieku a już zrewolucjonizowała nasze metody myślenia i pracy«. Nauce też tej poświęca Kopaczewski dzieło, bardzo pożyteczne, szczególnie w praktyce laboratoryjnej. Mówi w niem autor o ogólnych własnościach koloidów, o ich statyce i dynamice, o roli w biologji i fizjologji, zajmując się tematami, naogół znanemi. Na uwagę zasługuje dość śmiała próba tłumaczenia zjawisk t. zw. awitaminoz pewnym stanem fizycznym materji, a nie brakiem swoistej substancji, wreszcie szerzej uwzględniona analiza wstrząsów. Wstrząs — *»choc par contact«* w terminologji Kopaczewskiego i jego istota, polega na zmianach fizycznych, które zachodzą w płynach organicznych, a objawiających się zmianą napięcia powierzchniowego, lepkości i parcia osmotycznego, przyczem zachowanie się ładunku elektrycznego koloidów nie jest sprawą obojętną. Zaburzenie równowagi w zespole koloidalnym, jakim jest krew, jest wynikiem t. zw. flokulacji micellarnej, a zależnie od tego, gdzie zjawisko to zachodzi mówi autor o wstrząsie komórkowym (anafilaksja), humoralnym (wstrząsy występujące po jednorazowem wprowadzeniu odpowiednich ciał), tromboplastycznym (wprowadzenie do krwioobiegu delikatnych zawiesin organizowanych lub nie). Trzeci rodzaj wstrząsów wywołują t. zw. kollobiazy, drobnoustroje zabite lub żyjące, które dają zakrzepy wśródnaczyniowe krwi.

Wszystkie te odmiany wstrząsów grupuje autor jako t. zw. *»choc par contact«* lub wstrząs koloidalny, zaznaczając ich charakter i mechanizm fizyczny.

W dalszym ciągu książki omawia Kopaczewski rolę koloidów w patologji, cytując próby wielu autorów, dążących do przyczynowego związania stanów patologicznych ustroju z anafilaksją, a wreszcie rozpatruje znaczenie zmian fizycznych, zachodzących w tkankach, dla niektórych schorzeń. Omówienie leczenia wstrząsów, oraz leczenia zapomocą wstrząsów i jego podstaw eksperymentalnych, kończy pierwszą część książki.

Część druga zatytułowana »Statyka koloidalna«, oraz część trzecia »Dynamika koloidów« są poświęcone głównie stronie technicznej, poświęcone są bowiem metodyce badań fizycznych względnie fizyko-chemicznych w odniesieniu do zagadnień biologicznych, oraz sprawie przygotowywania i własności koloidów.

Książka napisana jasno i przystępnie zasługuje na jaknajwiększe rozpowszechnienie.

*W. Koskowski* (Lwów).

Aschoff. **Ueber gewisse Gesetzmässigkeiten der Pleuraverwachsungen.** (Veröff. a. d. Kriegs- und Konstitutionspathologie). Jena.

Autor zastanawia się nad predylekcyjnym usadowieniem się zrostów w jamie opłucnowej i dłużej omawia powstawanie zrostów w okolicach podstawowych płuc w pobliżu przepony. One najczęściej zamykają dostęp z jamy opłucnowej do *sinus phrenico-costalis.* Opłucna w tem miejscu bywa cienką, gładką i lśniącą, co dowodzi, że opłucna tej zatoki nie bierze udziału w przebiegu *pleuritis fibrinosa.* Autor twierdzi, że wysięki w nieznacznej ilości nigdy nie opadają na dno zatoki, a wobec większego ciśnienia ze strony jamy brzusznej przeważnie pozostają w okolicach powyżej *sinus phrenico-costalis.* Oprócz tego autor badał pojemność tej zatoki, która jest znacznie głębszą, niż dotychczas przyjmowano w anatomji opisowej. Autor, opierając się na materjale sekcyjnym, pochodzącym z pola bitwy, wyprowadza głębokość *sinus phrenico-costalis* w cyfrach, wahających się w średniem od 11 do 11,5 cm. Praca ilustrowana 19 fotogramami.

czew.

**»O gołodie«** — sbornik statej pod red. prof. Gieorgijewskiego i Pałładina. Charków. Wydawnictwo »Naucznaja Myśl«.

Patologja głodu w Rosji była już oddawna ulubionym tematem studjów uczonych rosyjskich, zmuszonych zapewne do zainteresowania się tą kwestją stale powtarzającemi się okresami głodowemi w poszczególnych częściach imperjum. Naukowe piśmiennictwo rosyjskie oddawna obfitowało w ciekawe rozprawy, dotyczące głodu, a patologja doświadczalna miała najrozleglej ten dział opracowany. Ale jeszcze nigdy

Zangenmeister jest zdania, że niedomoga konstytucjonalna odgrywa niepoślednią rolę w etjologji wypadania macicy, o czem oddawna wiemy, znaczenie jej jednak w dzisiejszych czasach jest przeceniane. Najważniejszym czynnikiem zdaniem jego jest uraz. Nawet ubytki w podstawie miednicy nie odgrywają zbyt wielkiej roli, natomiast daleko ważniejsze znaczenie ma rozluźnienie tkanki łącznej miednicy, które powoduje najpierw nadmierną ruchomość, a następnie opadnięcie pochwy i macicy.

Mathes twierdzi, że u kobiet, cierpiących na wypadanie macicy, istnieje zawsze zbyt małe nachylenie miednicy. Nie przypisuje on atoli temu objawowi związku przyczynowego i sądzi, że idzie tylko o to, czy podstawa miednicy może dostatecznie przeciwdziałać i znieść wywierane na nią ciśnienie. Zazwyczaj chodzi w tych przypadkach o osobniki młode, które nie miały czasu dostosować się jeszcze do wymogów, jakie istnieją w pozycji stojącej. Wyrażenie »wypadanie macicy« uważa za nieścisłe i nie właściwe, bo najpierw obniża się to, co leży najniżej, a więc pęcherz moczowy i Douglas, i one to dopiero następowo wypierają przednią i tylną ścianę pochwy. Zangenmeister natomiast nie uważa za »*primum movens*« pęcherza moczowego, lecz pochwę, która następnie pociąga za sobą pęcherz moczowy, co sprawia, że w pęcherzu wytwarza się uchyłek. Później naturalnie pęcherz moczowy wpływa na powiększanie się wypadania macicy, działając na podobieństwo uchyłku wskutek wypuklenia (*Pulsionsdivertikel*).

Flatau na podstawie wieloletnich spostrzeżeń i licznych pomiarów miednic dochodzi do przekonania, że wypadanie macicy powstaje wtedy, jeśli do dwóch przyczyn okolicznościowych, za które uważa zwiotczenie aparatu więzadłowego i uszkodzenie podstawy miednicy, przyłączy się czynnik konstytucjonalny, polegający na zbyt małem nachyleniu miednicy. Wypadanie macicy u dziewic i u osób, które nie rodziły, zdaniem jego bez wyjątku pozostaje w przyczynowym związku ze zbyt małem nachyleniem miednicy. U wszystkich kobiet, które okazywały cechy niedorozwoju (*infantilismus)*, stwierdził on nienormalne nachylenie miednicy i dlatego uważa ten objaw za charakterystyczną i właściwą cechę niedomogi na tle niedorozwoju (*asthenia infantilis)*.

Ebeler wśród 28 kobiet z wypadnięciem macicy stwierdził u 23 (82%), w obrazie roentgenologicznym zmiany, odpowiadające »*spina bifida occulta*«, gdy tymczasem wśród 28 kobiet bez wypadnięcia macicy zmiany te istniały tylko u 3 (10%). Na podstawie tego spostrzeżenia łączy te zmiany w związek przyczynowy z wypadaniem macicy. Zapatrywania tego nie podzielają inni autorowie, a podobne spostrzeżenia Heynemanna dochodzą do wprost przeciwnych wniosków. Autor ten bowiem na 20 kobiet z wypadaniem macicy zaledwie u jednej stwierdzić mógł obraz, odpowiadający *spina bifida occulta*, gdy tymczasem u wielu kobiet zauważył tę nieprawidłowość, mimo że osoby te nie cierpiały na wypadanie macicy. Sądzi on, że przyczyna wypadania macicy może być różna i tak, zdaniem jego, są kobiety, u których powstaje wypadanie macicy na tle zmian konstytucjonalnych, są inne, które dobrej budowie i normalnej konstytucji zawdzięczają, że u nich nie przychodzi do wypadnięcia macicy pomimo znacznych uszkodzeń w czasie porodu. I na odwrót — mimo dobrej konstytucji zbyt znaczne uszkodzenia i silny uraz u niektórych kobiet powodują wypadanie macicy. Zazwyczaj atoli tak bywa, że współdziałają oba czynniki. Co się tyczy leczenia wypadania macicy, to zasadniczo stosują wszyscy autorowie zabiegi operacyjne. Atoli co do wyboru zabiegu panują jeszcze dotąd znaczne różnice w zapatrywaniach.

Schubert stosuje od 10 lat ustalenie macicy zapomocą paska powięzi, który uzyskiwał pierwotnie z powięzi mięśnia prostego, później z powięzi szerokiej uda, a wreszcie w ostatnich czasach z osierdzia serca bydlęcego. Pasek ten zakłada jak pętlę naokoło macicy u nasady więzadeł, przyszywa go do macicy kilkoma szwami węzełkowemi, pokrywa otrzewną na całym przebiegu przez jamę brzuszną, przeprowadza poza obręb jamy otrzewnowej w okolicy wewnętrznego pierścienia pachwinowego i w końcu, naciągnąwszy silnie wolne jego końce, przyszywa je do powięzi brzusznej. Sposób ten zastosował w 41 przypadkach zawsze z dobrym wynikiem bez żadnego nawrotu, mimo późniejszych porodów. Celem skrócenia i uproszczenia zabiegu polecił sporządzić firmie Braun-Melsungen wspomniane paski z powięzi osierdzia bydląt. Firma ta wyrabia je w szklanych ampułkach. Poprzednio przekonał się doświadczalnie na zwierzętach, że takie paski z osierdzia bydlęcego goją się i zrastają bardzo dobrze.

Sänger uważa przemieszczenie (*interpositio)* macicy sposobem Wertheima za najlepszy zabieg. Zamiast stosowanego dawniej odcięcia części pochwowej wykonuje polecane przez Kjellanda wyłyżeczkowanie szyji macicy, a w celu lepszego ustalenia przemieszczonej macicy stosuje równocześnie modyfikację, podaną przez Natviga, t. zn. hiatopeksję. Modyfikacja ta polega na tem, że przemieszczoną macicę przyszywa się z obu stron do zbitej podśluzowej tkanki łącznej i okostnej ramienia zstępującego kości łonowej.

Zangenmeister uważa wszelkie zabiegi skomplikowane za zbyteczne, miał bowiem zawsze dobre wyniki po operacjach plastycznych podstawy miednicy w połączeniu z ustaleniem macicy ku przodowi.

Fraenkel stosował dawniej przyszycie pochwy powyżej miednicy za pomocą pasków z powięzi. Przekonał się jednak, że użycie tych pasków jest zbyteczne, gdyż pochwa w tych przypadkach daje się bardzo wysoko wyciągnąć nawet do wysokości połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem. Przytwierdzenie macicy do powłok brzusznych (*ventrifixura*) uważa za zabieg najłatwiejszy i najpewniejszy, o ile atoli równocześnie istnieje uchyłek pochwowy pęcherza (*cystocele*), wymaga on osobnego zabiegu.

Sellheim uważa zabiegi skomplikowane za zupełnie zbyteczne, nigdy ich nie stosował, a po wykonanych przez innych operatorów widywał często nawroty. Proste i pojedyncze zabiegi zdaniem jego są najlepsze, a za takie uważa stworzenie dobrej podstawy (zamknięcie) miednicy moczopłciowej i odbytnicowej (*diaphragma pelvis urogenitale et rectale)* i silne przymocowanie do niej rozluźnionej pochwy. Wyniki miał zawsze dobre, z pewnem atoli ograniczeniem. Możemy bowiem zabiegami temi zbudować na nowo zniszczoną podstawę miednicy, nie zdołamy jednak przywrócić jej normalnej, fizjologicznej zdolności rozszerzania się i ruchomości, co dla odbycia porodu jest niezbędne. To też w razie następnego porodu radzi tak zbudowaną podstawę miednicy naciąć odpowiednio i na nowo dokładnie zeszyć, aby przynajmniej częściowo utrwalić wynik pierwotnego zabiegu.

To zapatrywanie Sellheima jest zupełnie słuszne, a doświadczenie, które poczyniliśmy w klinice lwowskiej w ciągu 25 lat, całkowicie je potwierdza. Zasadniczo, podobnie jak i on, stosujemy zawsze plastykę celem zbudowania podstawy miednicy, dodając równocześnie skrócenie więzadeł okrągłych sposobem Aleksandra-Adamsa. Tylko wyjątkowo zależnie od okoliczności (wiek chorej, powikłania i t. p.) odstępujemy od tej zasady i stosujemy zależnie od warunków inne zabiegi.

---

## Oceny i sprawozdania.

Wachholz Leon. **Szpitale krakowskie.** Cz. II. Bibljoteka krakowska Nr. 60, 1924. str. 65.

Wachholz wydał obecnie drugą część »Szpitali krakowskich« (cz. I. wyszła w r. 1921). Jest tu mowa o szpitalu Braci Miłosierdzia, o domu szalonych, szpitalu akademickim św. Barbary i szpitalu św. Łazarza. Rzecz osnuta po części na materjałach archiwalnych, przedstawia ważniejsze daty w rozwoju tych instytucyj. Dzieje szpitala św. Barbary i szpitala św. Łazarza są niezmiernie pouczające, wykazując, co się stać może, jeżeli wzajemny stosunek dwóch władz, n. p. władzy duchownej i świeckiej nie jest dokładnie ustawowo uregulowany.

Historja daje tu nauczkę dzisiejszemu pokoleniu, które ma w Polsce obecnie unormować stosunek władz samorządowych, które obejmują szpitale, do uniwersytetów, które po

szpitalach mają swoje kliniki. Dlatego obecnie monografja Wachholza zasługuje szczególnie na rozpowszechnienie.
*Sz.*

**Podręcznik chorób zakaźnych** — wydawany pod redakcją St. Sterlinga-Okuniewskiego. Nakład Książnicy Polskiej. Lwów—Warszawa 1924. Z. VI.

Zeszyt objętości 284 stron zawiera w tekście 29 rysunków i 2 tablice. Papier, druk dobre, strona zewnętrza przedstawia się korzystnie. Na treść zeszytu składa się sześć monografij:

St. Sterling-Okuniewski: Cholera.
A. Huszcza: Dur brzuszny.
H. Brokman: Dury rzekome.
W. Knappe: Czerwonka bakteryjna.
W. Knappe: Czerwonka pełzakowa.
L. Anigstein: Wiciowce i wymoczki jelitowe człowieka i choroby przez nie wywoływane.

Każdy z autorów ujął swój przedmiot ze stanowiska etjologji i kliniki. Przy omawianiu strony etjologicznej uwzględniono cechy biologiczne danego zarazka i sposoby jego wykrywania.

W związku z etjologją omówiono stronę epidemjologiczną każdej choroby. W opisie klinicznym objawy chorobowe przedstawiono w związku ze zmianami anatomicznemi. W każdej monografji omówiono szeroko leczenie, a więc i pielęgnowanie i odżywianie chorych, zabiegi lecznicze, dalej podawanie środków farmaceutycznych i wreszcie stosowanie surowic swoistych. Sprawę zapobiegania chorobom zakaźnym wyłuszczono, opierając się na zdobyczach hygjeny i nauki o odporności. Odnośne piśmiennictwo uwzględniono do ostatnich lat, a piśmiennictwo polskie do ostatniego roku. Każdy z autorów przedstawił swój przedmiot z wielką znajomością rzeczy, w sposób treściwy, często barwny, tak że się książkę czyta z korzyścią i przyjemnością. Tyle dla informacji czytelników P. G. L.

A teraz zwracam się do autorów. Na str. 69 znajduje się wyrażenie »posiew sztrychowy«, na str. 91 »szlam«, jedno i drugie wyrażenie niełądne. Na str. 91 różyczkę durową określono jako plamki zlekka wzniesione, zamiast ją nazwać »grudka« lub »guzek«. W rozdziale o cholerze nie widzę pracy Bujaka (Przegl. Lek. 1917. Nr. 39 i 40) dotyczącej stanu durowego.

Na str. 187 powiedziano o b. paratyphus B, że serwatkę lakmusową czerwieni, a nie dodano, że ją później barwi na niebiesko.

Na tem kończę moje uwagi. Wymienione usterki nie umniejszają ogólnej wartości dzieła, ale zapamiętałem je dlatego, bo mi chwilami mąciły skupienie z jakiem czytałem ten dobry podręcznik. *Kostrzewski.*

Spielmeyer W. **Histopathologie des Nervensystems.** Bd. 1. Berlin 1923.

Zasługą Nissl'a i Brodmann'a jest wyraźny powrót w nowoczesnej neuropatologji do djagnostyki topicznej i starych poglądów Morgagniego, stwierdzających rodzaj choroby według zmian dostrzegalnych w mózgowiu.

Na wstępie autor omawia metody histologiczne układu nerwowego i poucza o błędnem często tłumaczeniu obrazów artefaktów lub zmian, spowodowanych przez procesy gnilne. Spielmeyer wprowadza do stanów chorobowych układu nerwowego podział na schorzenia pochodzenia pierwotnie ektodermalnego i pierwotnie mesenchymalnego.

Autor w książce swojej opisuje przedewszystkiem zmiany w poszczególnych częściach tkanki, a dopiero później podkreśla zespół zmian anatomo-patologicznych, interesując się przedewszystkiem zmianami histologicznemi. W książce tej znajdujemy szczegółową analizę jednostek chorobowych. Bardzo ładne różnobarwne ryciny ilustrują książkę.
*W. Janusz* (Lwów).

W. Kopaczewski. **Théorie & Pratique des colloides en biologie & en médicine.** — Paris-Vigot Frères 1923. str. 308 — 112 rycin w tekście.

»Nauka o koloidach jest dzieckiem naszego wieku a już zrewolucjonizowała nasze metody myślenia i pracy«. Nauce też tej poświęca Kopaczewski dzieło, bardzo pożyteczne, szczególnie w praktyce laboratoryjnej. Mówi w niem autor o ogólnych własnościach koloidów, o ich statyce i dynamice, o roli w biologji i fizjologji, zajmując się tematami, naogół znanemi. Na uwagę zasługuje dość śmiała próba tłumaczenia zjawisk t. zw. awitaminoz pewnym stanem fizycznym materji, a nie brakiem swoistej substancji, wreszcie szerzej uwzględniona analiza wstrząsów. Wstrząs — *»choc par contact«* w terminologji Kopaczewskiego i jego istota, polega na zmianach fizycznych, które zachodzą w płynach organicznych, a objawiających się zmianą napięcia powierzchniowego, lepkości i parcia osmotycznego, przyczem zachowanie się ładunku elektrycznego koloidów nie jest sprawą obojętną. Zaburzenie równowagi w zespole koloidalnym, jakim jest krew, jest wynikiem t. zw. flokulacji micellarnej, a zależnie od tego, gdzie zjawisko to zachodzi mówi autor o wstrząsie komórkowym (anafilaksja), humoralnym (wstrząsy występujące po jednorazowem wprowadzeniu odpowiednich ciał), tromboplastycznym (wprowadzenie do krwioobiegu delikatnych zawiesin organizowanych lub nie). Trzeci rodzaj wstrząsów wywołują t. zw. kollobiazy, drobnoustroje zabite lub żyjące, które dają zakrzepy wśródnaczyniowe krwi.

Wszystkie te odmiany wstrząsów grupuje autor jako t. zw. *»choc par contact«* lub wstrząs koloidalny, zaznaczając ich charakter i mechanizm fizyczny.

W dalszym ciągu książki omawia Kopaczewski rolę koloidów w patologji, cytując próby wielu autorów, dążących do przyczynowego związania stanów patologicznych ustroju z anafilaksją, a wreszcie rozpatruje znaczenie zmian fizycznych, zachodzących w tkankach, dla niektórych schorzeń. Omówienie leczenia wstrząsów, oraz leczenia zapomocą wstrząsów i jego podstaw eksperymentalnych, kończy pierwszą część książki.

Część druga zatytułowana »Statyka koloidalna«, oraz część trzecia »Dynamika koloidów« są poświęcone głównie stronie technicznej, poświęcone są bowiem metodyce badań fizycznych względnie fizyko-chemicznych w odniesieniu do zagadnień biologicznych, oraz sprawie przygotowywania i własności koloidów.

Książka napisana jasno i przystępnie zasługuje na jaknajwiększe rozpowszechnienie.
*W. Koskowski* (Lwów).

Aschoff. **Ueber gewisse Gesetzmässigkeiten der Pleuraverwachsungen.** (Veröff. a. d. Kriegs- und Konstitutionspathologie). Jena.

Autor zastanawia się nad predylekcyjnym usadowieniem się zrostów w jamie opłucnowej i dłużej omawia powstawanie zrostów w okolicach podstawowych płuc w pobliżu przepony. One najczęściej zamykają dostęp z jamy opłucnowej do *sinus phrenico-costalis.* Opłucna w tem miejscu bywa cienką, gładką i lśniącą, co dowodzi, że opłucna tej zatoki nie bierze udziału w przebiegu *pleuritis fibrinosa.* Autor twierdzi, że wysięki w nieznacznej ilości nigdy nie opadają na dno zatoki, a wobec większego ciśnienia ze strony jamy brzusznej przeważnie pozostają w okolicach powyżej *sinus phrenico-costalis.* Oprócz tego autor badał pojemność tej zatoki, która jest znacznie głębszą, niż dotychczas przyjmowano w anatomji opisowej. Autor, opierając się na materjale sekcyjnym, pochodzącym z pola bitwy, wyprowadza głębokość *sinus phrenico-costalis* w cyfrach, wahających się w średniem od 11 do 11,5 cm. Praca ilustrowana 19 fotogramami.

»**O gołodie**« — sbornik statej pod red. prof. Gieorgijewskiego i Pałładina. Charków. Wydawnictwo »Naucznaja Myśl«.

Patologja głodu w Rosji była już oddawna ulubionym tematem studjów uczonych rosyjskich, zmuszonych zapewne do zainteresowania się tą kwestją stale powtarzającemi się okresami głodowemi w poszczególnych częściach imperjum. Naukowe piśmiennictwo rosyjskie oddawna obfitowało w ciekawe rozprawy, dotyczące głodu, a patologja doświadczalna miała najrozleglej ten dział opracowany. Ale jeszcze nigdy

głód nie przybrał tak nagminnego rozmiaru jak w r. 1922. Poważne towarzystwo lekarskie w Charkowie w celu upamiętnienia strasznej klęski głodowej, która nawiedziła Rosję sowiecką, wydało bogato ilustrowany zeszyt prac naukowych wykorzystując dla nauki przymusowe doświadczenie zupełnego głodzenia miljonów ludzi. Z artykułu Kogana i Fawra »głód« dowiadujemy się, że klęska ta dotknęła przeszło 40 miljonów ludzi; autorowie podają ilościowe wyszczególnienie ofiar i skutków głodu w poszczególnych połaciach Rosji, w których wszędzie ilość skonów wybitnie górowała nad ilością narodzin. Pomysłowość ludzka i samoobrona życiowa zmuszały ludność gotować, z powodu braku pożywienia, skórę, chomąta i buty, jadać wszelkiego rodzaju istoty żyjące i nawet padlinę, dodawać do najrozmaitszego rodzaju mąki wapno, mielone kości, pestki owocowe, łodygi słoneczników, grzybów i roślin polnych. Klinika (Znamienskij — klinika choroby głodowej, Klioński — w sprawie choroby obrzękowej, Chałatow — chlorek wapniowy w zastosowaniu do obrzęków i opuchliny) szczegółowo opracowała chorobę głodową, czyli obrzękową, skądinąd znaną nam z prac polskich autorów (Budzyński, Chełchowski). Spostrzeżenia kliniczne pouczają, że wszelkiego rodzaju choroby miały przebieg długotrwalszy i złośliwszy, niż to bywa w czasach normalnych, nawet złamania kości goiły się niezwykle długo i notowano nie rzadko martwicę kończyn. Dur plamisty cechował się ciężkim przebiegiem, częściej bez osutki i przy ciepłocie podgorączkowej. Odra nawet powodowała martwicę dziąseł i nieraz raka wodnego (*noma*). Odporność ustroju głodzonego wybitnie malała tak dalece, że uodpornienie, powodowane ochronnem szczepieniem ospy pozostawało zwykle bez wpływu. Polew podaje swoje spostrzeżenia nad wpływem głodu na odporność rogówki. Winokurów omawia szczegółowo porównawczą fizjologję odżywiania, Pałładin daje przegląd nowoczesnego pojęcia o witaminach, Czerkies zastanawia się nad znaczeniem proteinów i węglowodanów w okresie głodu awitaminowego, Golomb ocenia »surogaty mleka«, Lichaczew dzieli się spostrzeżeniami laboratoryjnemi nad wydzielaniem chlorków w związku z ogólnym stanem u głodujących, Iwanowski badaniami antropologicznemi u tychże. Judin zwraca uwagę na rozbieżność czucia w przebiegu choroby głodowej. Krasnuszkin opisuje przypadek ludożerstwa wraz z podaniem podobizny. Franke w ładnym artykule ocenia wpływ głodu na psychikę. Michno opisuje zatrucia chlebem, sporządzonym z domieszką do mąki 55% lebiody. Lachowiecki opowiada o specjalnym rodzaju pożywienia »manna«, używanej w okręgu Dońskim, a zbieranej w górach przez miejscową ludność; jest to rodzaj grzybka, porastającego tamtejsze góry. Milonow wypowiada w kwestji dermatoz w przebiegu pellagry zdanie, że są one wyrazem skomplikowanego zespołu objawów w następstwie niedostatecznego odżywienia, zwłaszcza przy jednostajnem żywieniu się kukurydzą, posiadającą substancje fluoryzujące a uczulające ustrój na działanie promieni słonecznych. Całość przedstawia ciekawe materjały dla patologa i historyka medycyny.

Prof. Pałładin. **Osnowy pitanja. Fizjologiczeskija oczerki.** Charków r. 1923. (Podstawy żywienia. — Szkice fizjologiczne).

W związku z aktualną kwestją upośledzonego odżywienia w Rosji pozostaje świeżo wydana poważna monografja o fizjologji pożywienia. Książka Pałładina jest wymownym dowodem twórczej żywotności uczonych rosyjskich, którzy w tych ciężkich warunkach politycznych i społecznych, zdobywają się na opracowanie i wydawanie dzieł lekarskich. Książka Pałładina daje nowoczesny pogląd na środki odżywcze i obszerniej omawia znaczenie witaminów dla gospodarki ustroju ludzkiego. Duży dział jest poświęcony systemowi odżywiania według Pirqueta z przytoczeniem jego tablic. Książka wypełniona jest wykresami i tablicami oraz poradami praktycznemi dla lekarzy, układających jadłospisy.

Kisiel. **Tuberkuloz diebskowo wozrazsta.** Charków. 1923. (Gruźlica wieku dziecięcego).

Autor dość powierzchownie omawia patologję gruźlicy dziecięcej. *W. Janusz* (Lwów).

## Przegląd piśmiennictwa.

### Choroby wewnętrzne.

La Presse Médicale.
Nr. 76. 1923.

Gaston Durand i M. E. Binet. **Zgłębnikowanie dwunastnicy.** Autorzy stosowali zgłębnikowanie dwunastnicy w licznych przypadkach, bądźto w celu rozpoznawczym, bądź leczniczym, i wyjaśniają trudności i błędy, jakie się przytem spotyka. Aby upewnić się, że zgłębnik istotnie dostał się do dwunastnicy, autorzy uciekali się do różnych sposobów, których wartość jest nierówna; niektóre próby są wręcz błędne i jedynie kontrola zapomocą promieni Röntgena daje zupełną pewność.

Pierwszy okres zgłębnikowania, jedynie przykry dla chorego, a mianowicie przejście zgłębnika do żołądka, może być znacznie skrócony przez zastosowanie giętkiej metalowej przetyczki, dzięki której oliwkę zgłębnika z łatwością udaje się przesunąć do żołądka. Wskaźnik I zgłębnika znajduje się wówczas na wysokości zębów. Dalsze przesuwanie zgłębnika następuje zapomocą połykania. W chwili, kiedy chory przełknął zgłębnik do wskaźnika II, w zasadzie oliwka winna znajdować się koło odźwiernika: chory zwykle kładzie się wówczas na prawy bok. Autorzy radzą, aby chory zajmował takie położenie od chwili, kiedy zgłębnik przejdzie przez wpust żołądka. W ten sposób zmniejsza się możliwość nieprawidłowego wędrowania zgłębnika w jamie żołądka. Wobec tego, że zgłębnik może przesuwać się wzdłuż małej lub dużej krzywizny, lub też zwijać się w jamie żołądka i ponieważ długość żołądka u różnych osobników waha się znacznie, wskaźnik III zgłębnika, który teoretycznie odpowiada obecności oliwki w 2-iej części dwunastnicy, w żadnym razie nie może świadczyć o tem, że oliwka przeszła przez odźwiernik, nawet przy zupełnie prawidłowem przejściu zgłębnika przez jamę żołądka.

Wydobycie zapomocą strzykawki płynu śluzowatego, złocisto-żółtawego o zasadowym lub obojętnym odczynie, również nie świadczy zawsze o tem, że zgłębnik znajduje się w dwunastnicy. Odwrotnie w $^1/_5$ przypadków autorzy stwierdzili, że płyn wydobyty z dwunastnicy (pod kontrolą Röntgena), o zabarwieniu żółtawem lub zielonkawem, dawał wyraźny odczyn kwaśny. Chiray i Semelaigne opisują, że płyn z dwunastnicy może być przeźroczysty, białawy, lekko lub wyraźnie zielony. Nie można zatem sądzić z pewnością o umiejscowieniu oliwki ani po odczynie płynu, ani też po jej zabarwieniu.

Zupełną pewność daje nam jedynie systematyczne kontrolowanie zgłębnikowania w każdym przypadku zapomocą promieni Röntgena, w położeniu leżącem chorego. Autorzy brali do badań zgłębnik Einhorna, przepojony ołowiem i dla ułatwienia odczytywania obrazu radjologicznego wstrzykiwali do zgłębnika mleko barytowe.

Zgłębnikowanie w celu rozpoznawczym w przypadkach wrzodu dwunastnicy nie daje pewnych wyników. Nie świadczy bowiem o stanie dyspeptycznym dwunastnicy na tle owrzodzenia kwaśny odczyn treści, jakoteż obecność krwi w treści dwunastnicy ma wątpliwą wartość.

Mimo, że zgłębnikowanie nie jest naogół zabiegiem przykrym dla chorego, nie może ono, według autorów, znaleść szerokiego zastowania w praktyce, gdyż bezwzględnie wymaga kontroli radjoskopji.

Nr. 77.

A. Casacesco. **Prosty sposób określania krążenia w przypadkach zgorzeli kończyn.** Dotychczasowe sposoby określania krążenia w kończynach, dotkniętych zgorzelą mają duże braki. Sposób Moscovitza (1907), oparty na zjawianiu się zaczerwienienia po czasowem niedokrwieniu, wywołanem opaską Esmarcha, zdaje się być dostatecznie czułym, lecz stosowanie go powoduje silne bóle i ponadto, wskutek urazu tętnic, może pogorszyć istniejące zaburzenia w krążeniu. Wskaźnik oscylometyczny, który niewątpliwie jest znakomitym sposobem określania krążenia, nie wyjaśnia całkowicie stanu krążenia obwodowego, gdyż nawet przy ciśnieniu 0 (Pachon) można stwierdzić dostateczne krążenie obwodowe.

Autor podaje swój niezmiernie prosty sposób, oparty na długoletniem doświadczeniu i zasadzający się na wywoływaniu smugi naczynio-ruchowej. Wykonanie jest proste, nie wymaga żadnych przyborów. W dobrem oświetleniu przeprowadza się grzbietem noża lub lepiej widelcem, dobrze przyciskając go, ciągłą linję wzdłuż badanej kończyny, poczynając od podstawy do końca obwodowego. Po krótkotrwałem zblednięciu występuje wskutek tego, jak wiadomo, czerwona naczynio-ruchowa smuga. Dokładne badanie smugi daje nam cenne wskazówki o stanie krążenia w różnych odcinkach kończyny. Określa się czas występowania smugi, jej ciągłość, natężenie i trwanie.

Szybkie i wyraźne występowanie jej aż do określonego punktu, którym naraz przerywa się, świadczy o dostatecznem krążeniu w powłokach i głębokich tkankach aż do tej wysokości.

W odcinkach ze złem i niedostatecznem krążeniem smuga występuje powoli, opóźnia się, brak jej lub jest mało widoczna i przerywana. Badając dokładnie na całej przestrzeni linje, przeprowadzone na 4-ech lub conajmniej na 2-ch bocznych powierzchniach kończyny, można określić istotny stan krążenia w każdym jej odcinku.

Próba daje równie dokładne wyniki jak i sposób Moscowitza i wykazuje stan krążenia obwodowego obocznego i włosowatego, co właśnie jest praktycznie ważnem, nie pozwala natomiast wyprowadzać wniosków o umiejscowieniu zamknięcia w głównym pniu tętniczym, które leży zazwyczaj nieco wyżej.

*Aleksander Krause* (Warszawa).

Klinische Wochenschrift.
Nr. 43. 1923.

Molnar. **O istocie i znaczeniu klinicznem próby pyramidonowej na krew.** Autorzy francuscy Fhéwenow i Rolland pierwsi podali badania na obecność krwi zapomocą próby pyramidonowej, która polega na tem, że do zakwaszonej kwasem octowym badanej treści dodaje się alkoholowego roztworu pyramidonu i kilka kropel $H_2O_2$; wtedy w obecności krwi treść barwi się fioletowo; zabarwienie to znika po kilku minutach. Próba ta jest dosyć czuła, dodatni jej wynik przemawia za obecnością krwi, zabarwienie jej jest wyraźne, i pod tym względem ma ona wyższość nad próbą benzydynową, która może dawać wyniki błędne w tych przypadkach, w których występuje zabarwienie brudno-zielonawe. Badania porównawcze autora wykazały, że próba pyramidonowa z moczem daje jeszcze wynik dodatni w rozcieńczeniu 1:16.000; próba Webera w rozcieńczeniu 1:1.000, benzydynowa w rozcieńczeniu 1:16.000 daje słabe zabarwienie. Odpowiada to 1—2 erytrocytom w polu widzenia w osadzie moczowym, co sprawdzono zapomocą zawiesiny erytrocytów w płynie fizjologicznym. Próbę tę stosuje się w badaniach kału, płynu mózgowo-rdzeniowego i t. p.

Roztwór pyramidonu daje zabarwienie fioletowe z solami żelaza, przypuszczano więc, że jony żelaza, pochodzące z Hb łączą się z pyramidonem; przemawia przeciwko temu to, że połączenie żelazo-pyramidonowe ma zabarwienie stałe, w próbie pyramidonowej chwiejne. Prawdopodobnie działa tu oksydaza. Próba wypada dodatnio z innemi substancjami utleniającemi, jak nadmanganianem potasu, terpentyną, jest tylko mniej czułą. Z $HNO_3$ 50% daje pierścień fioletowy. Z antypiryną nie wypada, prawdopodobnie dlatego, że do odczynu potrzebna jest grupa amidowa pyramidonu. Zabarwienia, znikającego po 3—10 min., nie można wywołać powtórnie po dodaniu odczynników, gdyż związek przejściowo fioletowy, przechodzi w trwały bezbarwny. Obecność Hb. jest konieczna, odgrywa ona rolę nie tylko katalizatora, ale sama wstępuje w związek chemiczny. Chlorofil, brw. żółciowe nie dają dodatniego wyniku tej próby. Hb. można określić kolorymetrycznie ilościowo, a jako płynu porównawczego można użyć połączenia pyramidonowo-żelazowego.

Nr. 45.

Eskil Kylin. **O hypertonji samoistnej jako współobjawie schorzenia czynnościowego.** Według Volhard'a pierwotną przyczyną wzmożonego ciśnienia jest uszkodzenie nerek. Nowsze badania wykazały jednak jednostronność takiego poglądu; w przypadkach hypertonji należy wziąć pod uwagę objawy ogólne nerwowe, zwłaszcza, że w wielu przypadkach wysokiego ciśnienia zmian anatomo-patologicznych w nerkach nie stwierdzono (Monakow, Wallgren), często natomiast widywano przypadki ze zmianami miażdżycowemi w nerkach, w których za życia nie było wzmożonego ciśnienia.

Autor rozróżnia 2 postacie hypertonji: 1. samoistną, według Volhard'a *»nephrosclerosis benigna«*, 2. ostrą — w *glomerulonephritis*. Pierwszą postać należy uważać za neurozę na tle układu wegetatywnego, 2. hypertonji samoistnej towarzyszy często postać cukrzycy starczej (ze wzmożonem ciśn.) bądź to z nieznaczną hyperglikemją, bądź to ze znaczną bez cukromoczu. Ponieważ wydzielanie trzustkowe reguluje n. błędny, rozszczepienie zaś glikogenu w wątrobie zależy bardziej od nerwu współczulnego, to zaburzenia w mechanizmie układu autonomicznego mogą być przyczyną cukrzycy; 3. zmiany w obrazie leukocytów (mononucleoza i eozynofilja) często występują w hypertonji samoistnej (Kerppola), co również może zależeć od zmian w układzie autonomicznym; 4. zachowanie się cukru we krwi i ciśnienie krwi: w hypertonji samoistnej pod wpływem adrenaliny krzywe nieznacznie wzrastały, zaznaczał się raczej spadek na krzywych; w *glomerulonephritis* odczyn adrenalinowy zbliża się do normalnego. Autor porównywa hypertonję samoistną z dusznicą oskrzelową: podobnie jak w dusznicy, wskutek nadwrażliwości układu wegetatywnego, już normalne podrażnienia powodują skurcz mięśniówki w oskrzelach, tak w hypertonji samoistnej normalne podrażnienia powodują podniesienie ciśnienia, jako skutek skurczu nerwów naczynio-ruchowych; wynikiem tego wzmożonego ciśnienia mogą być wtórnie zmiany miażdżycowe. Dusznica oskrzelowa i hypertonja samoistna mają cechy wspólne: 1. wykazują zmiany w obrazie białych ciałek, z przewagą eozynofilji, wybitniejszą w dusznicy oskrzelowej; 2. cierpienia te występują rodzinnie; 3. odczyn adrenalinowy w obu tych stanach przebiega analogicznie; 4. samoistna hypertonja często występuje łącznie z napadami dusznicy oskrzelowej.

*Bronisława Szuldberg* (Warszawa).

Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
Zesz. 143. str. 35. 1923.

Borchardt. **Niedomoga tarczycowo płciowa, jako postać mnogiej marskości gruczołów.** T. zw. mnoga marskość gruczołów dokrewnych jest jednoczesnem schorzeniem tarczycy, gr. płciowych, przysadki mózgowej i nadnerczy. Wyraża się ona klinicznie w niedomodze tych gruczołów, anatomicznie zaś w przeroście w nich tkanki łącznej, zagłuszającej elementy czynne gruczołów. Jak wykazują ostatnie badania, zwłaszcza autorów francuskich, zachowanie jednego tylko gruczołu dokrewnego zdarza się rzadko; zwykle, dzięki wzajemnemu stosunkowi między temi gruczołami, zachorowuje ich więcej. Najczęstszą formą schorzenia dwóch gruczołów dokrewnych, jest niedomoga płciowo-tarczycowa.

Na zasadzie kilku swoich przypadków i piśmiennictwa ustanawia autor 3 postacie kliniczne tego schorzenia. Związane są one ściśle z 3-ma pierwszorzędnej wagi faktami w życiu gruczołów płciowych: z dojrzewaniem, porodem i przekwitaniem. Dwie ostatnie postacie spotyka się tylko u kobiet, w pierwszej widuje się nieliczne zachorowania chłopców. Rozmaitość objawów klinicznych we wszystkich 3 postaciach jest znaczna: widujemy tu w kolejnym porządku zależnie od ciężkości przypadku — obrzęk śluzowy, otłuszczenie, twardziel skóry, zwykle z zanikiem wewnętrznych a częściowo i zewnętrznych narządów płciowych. Poporodowa niedomoga tarczycowo-płciowa — występuje po znacznej utracie krwi przy porodzie. Prognoza we wszystkich 3 postaciach *quoad vitam* — dobra. Nie da się tu ustalić, gdzie sprawa rozpoczęła się: w tarczycy, czy w gruczołach płciowych. Różniczkując od mnogiej marskości gruczołów dokrewnych pamiętać należy, że przy niedomodze tarczycowo-płciowej, chorzy wyglądają dobrze, bez zmarszczek, niby odmłodniali; a brak tu asthenji, charłactwa, nieprawidłowego zabarwienia skóry i śluzówek; zresztą schorzenie to dotyka głównie kobiety.

Z. 143. str. 46.

W. Boenheim. **Przyczynek do wiadomości o obrzęku cukrzycowym.** Pod nazwą »obrzęk cukrzycowy« rozumie autor, wraz z Falta'ą, obrzęk, występujący z przyczyny samej cukrzycy; wyłącza natomiast wszelkie obrzęki, jakie z najrozmaitszych przypadkowych i pobocznych przyczyn mogą się w cukrzycy rozwinąć. Uważa on na zasadzie piśmiennictwa i jednego własnego przypadku, że obecność w pokarmie sodu (Na) jest koniecznym warunkiem powstawania obrzęku cukrzycowego; jaka zaś jest tego przyczyna, że przy tej samej ilości sodu, nie wywołującej obrzęku u zdrowego, następuje obrzęk u chorego na cukrzycę, tego autor nie rozstrzyga. Odrzuca tu wpływ działania nerek, serca i kwasicy, przypuszcza natomiast, że tkanki chorego cukrzycowego, wysuszone wskutek długotrwałego wielomoczu, są niejako spragnione wody i brzękną, skoro tylko podana zostanie choremu nawet stosunkowo nieznaczna ilość przyciągającego wodę kationu sodu.

*Tadeusz Zawodziński* (Warszawa)

143/3.

Fritz Raue. **Bakterje i pasorzyty dwunastnicy.** Autor przeprowadził 71 badań bakterjologicznych żółci w 46 przypadkach chorobowych. U 9-ciu osobników zdrowych znalazł autor tylko u 4-ech nieliczne koki Gr. + w rozmazach, dokonanych z otrzymanej treści dwunastniczej; hodowli jednak na pożywkach nie udało się otrzymać. Tłumaczy to autor osłabieniem bakterji, przez wolny kwas solny żołądka. Na podstawie tych badań, autor wyraża zdanie, iż treść dwunastnicy człowieka zdrowego zawiera minimalną ilość bakterji, jest więc, praktycznie rzecz ujmując, jałowa. W przypadkach chorobowych autor otrzymał różne wyniki. W kilku przypadkach wrzodu okrągłego żołądka i w 6-ciu przypadkach t. zw. żółtaczki nieżytowej, hodowle dały wynik ujemny. W 4-ech przypadkach niedokrwistości złośliwej, ze zmniejszoną kwasotą żołądka udało się wyhodować z treści żołądkowej, żółci wątrobowej i pęcherzykowej: »*bact. coli*« i »*staphylococ. albus*«.

W 15-tu przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciowej, 2 razy nie otrzymano żadnej hodowli, w pozostałych 13 tu wyhodowano »*streptococ. haemolyticus*« i »*staphylococ. albus*«.

W 2-ch przypadkach zapalenia dróg żółciowych, hodowle z żółci wątrobowej i pęcherzykowej, dały obfite kolonje »*bact. coli*«. Ze względu na to, że w ostatnio przytoczonych przypadkach, autor kilkakrotnie zgłębnikował dwunastnicę i żołądek, i gdy hodowle z treści żołądkowej dawały zawsze wyniki ujemne, hodowle z treści dwunastniczej obfitowały w »*bact. coli*«, autor jest zdania, iż wynik bakterjologicznego badania treści dwunastnicy, może być bardzo pomocny w rozpoznaniu i ocenie postępowania leczniczego. W końcu autor przytacza 2 przypadki żółtaczki, w których zgłębnikowanie dwunastnicy wykryło obecność pierwotniaków tzw. »*lamblia intestinalis*«. Zważywszy, iż znalezienie wielkiej ilości tych pierwotniaków w treści dwunastnicy przemawia za tem, że żółć nie jest trująca dla nich, zważywszy dalej, że mogą one występować w wielkich gromadach, na przestrzeni stosunkowo dużej bo około 10 $cm^2$, — autor wyraża przypuszczenie możliwości zaczopowania niemi ujścia dróg żółciowych. Badania treści dwunastnicy są bardzo pomocne w rozpoznawaniu schorzeń jelita, wątroby i dróg żółciowych.

143/3.

K. Sick i H. Deist. **Droga, prowadząca do opanowania ciągłego wydalania bakterji tyfusowych z moczem chorego.** Służąca l. 20, 15. X. 1920 r. zachorowała na tyfus brzuszny. Objawy ze strony jamy brzusznej były bardzo znikome, natomiast w moczu od początku choroby wystąpiło białko, leukocyty w obfitej ilości i wałeczki szkliste. W okresie nasilonej gorączki chora samoistnie poroniła. W 3-cim tygodniu choroby $t^0$ spadła do normy, chora przestała wydalać bakterje tyfusowe z kałem, jednakże wydalanie bakterji z moczem utrzymywało się. Dokładne badanie wykazało, iż tylko mocz z prawej nerki zawierał bakterje tyfusowe. Leczenie środkami podawanemi do wewnątrz nie dało żadnej poprawy, dopiero zastosowane przepłukiwanie prawej miedniczki nerkowej $1/2$% roztworem urotropiny, dało na początku marca 1921 r. w wyniku jałowość moczu. Jednakże w maju 1921 r. badanie bakterjologiczne moczu wykazało znowu obecność bakterji tyfusowych. U chorej świadomej tego, iż jest nosicielką bakterji tyfusowych, wystąpiły objawy ciężkiej histerji. Ponieważ wydalanie bakterji utrzymywało się, chorą poddano leczeniu chirurgicznemu i 15 maja 1922 roku dokonano wycięcia prawej nerki wraz z moczowodem. Posiew z wyciętej nerki wykazał czystą hodowlę bakterji tyfusowych.

Badanie anatomo-patologiczne wykazało, makroskopowo: nerkę płatową i w kilku miejscach wciągnięcia przypominające blizny po zawałach, mikroskopowo: w tych miejscach stwierdzono miąższ nerki zwyrodniały wodniczkowo i wokoło tych miejsc i innych miejscach miąższu nerki, nacieki drobnokomórkowe. Moczowód bez zmian.

Badany w kilka miesięcy po zabiegu operacyjnym, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym, mocz okazał się jałowym. Zastanawiając się nad etjologją wyżej opisanego przypadku, autorowie przychylają się do hipotezy Englischa, że każdy narząd niedorozwinięty lub chorobowo zmieniony, a więc mniej odporny, może zatrzymywać bakterje tyfusowe, które przez długi czas mogą być wydalane na zewnątrz. Dlatego też tak częste wydalanie bakteryj tyfusowych z kałem, zdarza się u ludzi z kamicą żółciową, gdzie pęcherzyk żółciowy jako schorzały, mniej odporny, zatrzymuje bakterje. Przypadki wydalania bakterji z moczem w ciągu $1/2$ do 1-go roku po przebyciu duru brzusznego, z jednej tylko nerki, przy niepomyślnych objawach ogólnych, jak u omawianej chorej, dają wystarczający powód do leczenia chirurgicznego. Rokowanie w takich przypadkach jest bezwzględnie lepsze, niż w przypadkach wycięcia pęcherzyka żółciowego przy długotrwałym wydalaniu bakterji drogą przewodu pokarmowego. *A. Skotnicki* (Warszawa).

Zeitschrift für Klinische Medizin

97. 4/6. 1923.

W. Arnoldi i J. Ferber. **Działanie soli wapnia, sodu i potasu na gazową przemianę.** W poprzednich pracach Arnoldi wykazał, że zawartość elektrolitów ma wpływ na ruchy płynów w organizmie. Zwiększenie się soli wpływa na strukturę koloidalną osłonek komórkowych, a przez to na przepuszczalność ich tak samo dla materji odżywczych i wody, jak i dla produktów rozpadu. W obecnej pracy autorzy badają wahania w przemianie gazowej, wywołane wprowadzeniem soli wapnia, sodu i potasu drogą pozapokarmową.

W celu określania przemiany gazowej posiłkują się aparatem Hendersona i Zuntz-Geperta. Przemianę gazową badali u 12 rozmaitych chorych kilkakrotnie przed wprowadzeniem soli, następnie wprowadzali dożylnie, wyjątkowo śródmięśniowo, od 2-ch do 5-ciu $cm^3$ 5% lub 10% roztworu soli wapnia, lub 20 $cm^3$ fizjologicznego roztworu NaCl, lub 0,1 $cm^3$ 10% roztworu *kal. tartaric.* Badanie przemiany gazowej w pewnej części przypadków rozpoczynano po 10—30 min., w innych po 40—70 min.

Wstrzyknięte sole wapnia, sodu, potasu osobom z rozmaitemi chorobami, do pewnego stopnia działały jednakowo na zmianę w przemianie gazowej, a mianowicie — wywoływały lepsze zużycie tlenu, wprowadzonego z wdechanem powietrzem; absolutne lub względne zmniejszenie się wydzielania $CO_2$; nieznaczne obniżenie się R Q i pewne zmiany w pojemności oddechowej na minutę, które szły mniej więcej równolegle do zmian w oddawaniu $CO_2$.

Z badań autorów wynika, że wchłanianie i wydzielanie gazów oddechowych zależy od zawartości we krwi elektrolitów, a nie od ilości hemoglobiny. Wstrzyknięcie roztworów soli, j. np. roztworu fizjologicznego NaCl, działa nie tylko na zwiększenie ilości płynu, lecz znacznie poprawia oddychanie zewnętrzne (płuca) i wewnętrzne (tkanki). Na poparcie tego twierdzenia można jeszcze przytoczyć i doświadczenie Krausa, w którem kilka centymetrów fizjologicznego roztworu soli, wprowadzonych dożylnie skrwawionym kotom

przyczyniało się do podniesienia krążenia. Hemoglobina, której ogólna ilość w doświadczeniach autorów nie zmieniała się, jest środkiem transportowym dla tlenu, elektrolity zaś i $CO_2$ regulują wielkość i szybkość pochłaniania tlenu przez hemoglobinę. Po wstrzyknięciu przy jednakowem zapotrzebowaniu tlenu mała pojemność oddechowa (czasami i zmniejszona częstość tętna) wystarcza, ażeby zaspokoić zapotrzebowanie tkanek na tlen. To działanie powyższych roztworów soli niektórzy chorzy uważają za przyjemne, odświeżające i uspokajające.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy przychodzą do wniosku, że istnieją pewne stany chorobowe, związane z zaburzeniem elektrolitów i z dusznością, powstałą wskutek przeszkody w normalnym ruchu w organizmie tlenu i kwasu węglowego, i że duszność ta wcale nie jest zależną od chorób serca, naczyń lub płuc.

*Stanisław Hryniewiecki* (Warszawa).

Zeitschr. f. Kind.
I. 36. Z. 5 i 6.

Helena Kistler. **Osobnicze pomiary wzrostu w czasie dojrzewania płciowego.** Z szczegółowych i dłuższy okres czasu trwających pomiarów u 20 dzieci kliniki wiedeńskiej okazało się, że w czasie pokwitania wzrost wysokości siedzeniowo-głowowej znacznie wyprzedza wzrost kończyn dolnych.

Helmreich i Nobel. **W sprawie zaburzeń apetytu u dzieci.** W 105 przypadkach badano wpływ rozmaitych chorób na apetyt dzieci. Zanotowywano go graficznie obok krzywej wagi ciała wedle zaleceń siostry Panzer. U noworodków i wcześniaków źle przyjmowany pokarm nie oznacza jeszcze braku apetytu. W przypadkach zapalenia płuc u tychże dzieci złe łaknienie może być pierwszym objawem tego schorzenia, podobnie zdarza się w chorobie Barlowa. W wielu chorobach zakaźnych jak w płonicy, odrze, durze, czerwonce, tolerancja nie jest bynajmniej zmniejszona, apetyt zaś choć zmienny, naogół dobry. W gruźlicy zwalczanie braku łaknienia stanowi jedno z najważniejszych zadań leczniczych.

G. Usbeck. **Obraz krwi w odrze.** Leukopenja i zmniejszenie ciałek eozynofilnych nie zawsze występuje w okresie zwiastunów, raczej leukocytoza i eozynofilja. Nietypowość i odmienność obrazu krwi odrowych dzieci tłumaczyć należy różnorodnością przebiegu choroby. W okresie zdrowienia zjawia się leukocytoza i eozynofilja, a także wielka ilość komórek plazmatycznych. Wbrew dotychczasowym poglądom różniczkowanie krwi w odrze niema większego znaczenia ani dla rozpoznania ani też dla rokowania.

R. Gauther i E. Rominger. **O znaczeniu obrazu dłoni dla badania bliźniąt.** Porównanie rysunku dłoni u 5 par bliźniąt napewno jednojajowych stwierdziło zawsze wielkie podobieństwo całego systemu linij na dłoniach bliźniąt tej samej pary. Ponieważ badanie 42 par bliźniąt dwujajowych w żadnym przypadku nigdy tak wielkiego podobieństwa nie wykazało, przeto powyższy wynik, (poza badaniem łożyska), może mieć wielką wartość w rozpoznawaniu bliźniąt jednojajowych.

Gehrt. **O zakrzepie tętnicy płucnej u dzieci.** Na 660 badań sekcyjnych stwierdzono tak makro- jak i mikroskopowo 7 razy pierwotne zakrzepy tętnicy płucnej u dzieci, poniżej lat dwóch, zmarłych na zapalenie płuc, grypę i 5 razy na odrę. Rozpoznanie za życia prawie niemożliwe.

E. S. Frank. **Lipodystrofja postępująca i osteopsathyrosis dziecięca.** Bardzo rzadki przypadek powyższych schorzeń u dziecka 11-letniego. W ujawnionym obrazie genealogicznym tegoż chorego okazało się, że wiele osobników było dotkniętych kruchością kości, głuchotą, wadą serca wrodzoną i dystrofją tłuszczową. Zmiany te i częstość ich kombinacyj mają być następstwem dziedzicznej małowartościowości mesenchymy, do której schorzałe organy i tkanki embrjonalnie przynależą.

E. Nassau i A. Landau. **O zmianach w solach surowicy krwi (kationach) u niemowląt, których ciężar ciała się waha.** Podczas cięższych zaburzeń odżywiania u niemowląt n. p. w zatruciu towarzyszy wielkim utratom wody (znaczne spadki wagi ciała) zwiększenie się białka w surowicy krwi, Na i Ca, ilości Ka nieco się zmniejszają. Natomiast u dzieci t. zw. hydrolabilnych, mimo wielkich wahań w zapasie wody, brak wszelkich zmian tak co się tyczy soli (kationów) jakoteż i białka.

Zarfl. **Klinika i anatomia okołochrząstkowego zapalenia krtani u dzieci.** Cierpienie to jest rzadkie w wieku dziecięcym, zdarzać się jednak może nawet u noworodków, a wówczas jest zawsze przerzutowego pochodzenia, po zakażeniu krwi lub w związku z zapaleniem naczyń pępkowych. Występuje ono jako zapalenie zewnętrznej chrząstki tarczykowej. Rozpoznanie opiera się na: obrzmieniu w okolicy krtani, ściśle do niej przywartem, duszności i trudności połykania. Schorzenie skończyć się może zupełnem zniszczeniem chrząstki, dlatego należy wcześniej i szeroko nacinać. Luki wypełniają się b. wcześnie tkanką łączną w której powstają wysepki nowej chrząstki.

S. Pétzemand. **W sprawie gruźliczego zapalenia otrzewnej u niemowląt.** Przypadek dotyczył 6-cio miesięczn. dziecka. Przypadki te należą do rzadkości, zazwyczaj rozpoznawane jako zanik dziecięcy.

A. S. Sokolow. **Spostrzeżenia nad odczynem skóry za dotknięciem się u niemowląt.** Czerwienienie się skóry za dotknięciem jest zjawiskiem prawie fizjologicznem u dzieci w pierwszych tygodniach życia, z czasem słabnie ono. W 2 do 3 mieś. życia wywołać się daje odczyn »wysiękowy« t. j. na miejscu zaczerwienienia zjawia się pręga biała trwająca 2—3 min. Obok odczynu zaczerwienienia istnieje także odczyn zblednięcia. Odczyn zaczerwienienia szczególniej spostrzegać się daje w neuropatji i w stanach skurczowych przewodu pokarmowego. Krzywe odczynów i wagi ciała biegną równolegle. Wraz ze schudnięciem słabnie lub znika odczyn.

H. Wimberger. **W sprawie rozpoznawania gnilca u niemowląt.** Za bardzo charakterystyczny obraz roentgenologiczny uważać należy ciemną i szeroką obwódkę naookoło jąder kostnych w nasadach kości długich, a więc uda, goleni czasem ramienia. Widać ją nawet w lekkich przypadkach gnilca lub powikłanych krzywicą, gdzie rozpoznanie bywa trudne.

KAZUISTYKA. Zoepffel. **Familijny, wrodzony obrzęk śluzakowy.** Trzy przypadki tej choroby u dzieci kolejno urodzonych z rodziców zdrowych i nie obciążonych.

Kutter. **Sclerematyczne schorzenie skóry w ciągu zakaźnego zapalenia mózgu u oseska.** U 8-mio tygodniowego dziecka wśród typowych objawów śpiączki wystąpiły na skórze między łopatkami, na łydkach i pośladkach nacieki *(sclerödema)*, które po 6 dniach ustąpiły.

*Progulski* (Lwów).

Archives des maladies du coeur des vaisseaux et du sang.
Nr. 7.

Techari. **O leczeniu teocyną wzmożonego ciśnienia tętniczego i napadów dusznicy bolesnej.** Teocynę, czyli syntetyczną teofilinę (izomer teobrominy), stosowano (Minkowski) głównie jako środek moczopędny, na równi z innemi środkami tej grupy, — jak kofeina i diuretyna. Autor zwrócił uwagę, że środek ten pozatem wywołuje również rozszerzenie naczyń wieńcowych serca, co warunkuje wynik leczniczy teocyny w napadach dusznicy bolesnej; wreszcie daje wybitne i trwałe obniżenie ciśnienia tętniczego wogóle, coby świadczyło o rozszerzaniu przez teocynę naczyń poza nerkami i naczyniami wieńcowemi serca, także i w innych dziedzinach układu krwionośnego.

Doświadczenia na psach i królikach i spostrzeżenia kliniczne autora potwierdziły w całej rozciągłości to jego przypuszczenie i wyjaśniły mechanizm działania teocyny i jej wpływ na ogólne ciśnienie tętnicze. Wprowadzenie dożylne 0,2 teocyny lub 0,5 podwójnego octanu teocyny i sodu daje u psów wyraźne i długotrwałe obniżenie ciśnienia np. u zdrowego psa — ze 105 na 96 mm., u psa z doświadczalnie wywołanem zapaleniem nerek — ze 114 na 84 mm. Autor tłumaczy to osłabieniem pobudliwości pod wpływem teocyny

nerwu trzewnego większego, a więc i jego włókien zwężających naczynia trzew brzusznych. Drażnienie prądem indukcyjnym u psów n. trzewnego większ. lewego daje normalnie znaczny wzrost ciśnienia w tętnicach szyjnych, zaś po wstrzyknięciu dożylnem 0,5 octanu sodu i teocyny efekt drażnienia jest minimalny. Pozatem gra tu bezwątpienia rolę wpływ hamujący teocyny na wychodzące z n. trzewnego nerwy wydzielnicze dla nadnerczy — drażniąc n. trzewny przy zaciśnięciu żył nadnercza otrzymujemy wzrost ciśnienia znacznie mniejszy, niż bez zaciskania żył. Obserwacje kliniczne wykazały obniżenie ciśn. tętniczego o 20—60 mm. Hg. i ustąpienie objawów dusznicy bolesnej po stosowaniu teocyny w dawkach 0,40 pro die przez 10 dni. Leczenie takie można prowadzić z przerwami 10-dniowemi bez końca. Spadkowi ciśnienia nie zawsze towarzyszy wzmożenie diurezy. Wyniki dodatnie leczenia teocyną otrzymywano nie tylko w przypadkach miażdżycy tętnic wogóle i naczyń nerek *(athero- et nephrosclerosis)*, ale także w przypadkach wysokiego ciśnienia wskutek niewątpliwie czysto czynnościowych zaburzeń — jak n. p. w 1 przypadku parkinsonizmu, gdzie po 5-cio dniowym stosowaniu teocyny otrzymano długotrwały spadek ciśnienia (ze 190 na 120), który się utrzymywał jeszcze bardzo długi czas po przerwaniu leczenia; niektóre z tych przypadków możnaby zaliczyć do grupy wzmożonego napięcia układu współczulnego (*sympathicotonia)*, dającego w rezultacie skurcz naczyń trzewnych i nadczynność układu chromafinowego, wytwarzającego adrenalinę. Przyczyny tego stanu naogół nie są znane, gra tu pewną rolę dziedziczność i niedomoga jajników u kobiet.

W związku z powyższem nasuwają się następujące wnioski co do stosowania leczniczego teocyny:

1. podaje się ją w przypadkach wzmożonego, wskutek zmian anatomicznych lub czynnościowych, ciśnienia tętniczego i w *aortitis* z napadem dusznicy bolesnej;

2. dawki: 0,40—0,60 pro die, w okresach 10-cio dniowych z przerwami 10—20 dniowemi; w ten sposób stosować można ten środek bez końca;

3. dawki 1,0 pro die mogą dać zawroty głowy i wzmożenie częstości tętna i są ze względu na wyniki lecznicze zupełnie zbyteczne. *M. Czyżewski* (Warszawa).

---

## Bibljografja.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

#### Piśmiennictwo polskie.

**Lekarz Wojskowy Nr. 1.** (1924). H. Nussbaum. Pogląd ogólny na zadania i stanowisko społeczne lekarza. — H. Apatow. Sprawozdanie z przebiegu epidemji czerwonki. — W. Chowaniec i J. Czyż. Czerwonka w garnizonie warszawskim. — H. Becker. O nadsyłaniu wnętrzności do badań chemicznych na trucizny. — B. Łada. Rola lekarza w korpusie kadetów. — W. Dębczyński. Z kazuistyki samouszkodzeń. H. Karwowski. Zegar sygnalizacyjny własnego pomysłu do zastosowania przy naświetlaniu.

**Nr. 2.** T. Sokołowski. Doświadczenia własne ze znieczuleniem lędźwiowem. — Jarociński. Ratownictwo przeciwgazowe. — G. Schulc. Ustalenie potrzeb pokarmowych organizmu. — Chmielewski. Samobójstwo z punktu widzenia socjologicznego i społeczno-lekarskiego. — Manteuffel. Bataljony sanitarne.

**Nr. 3.** S. Rudzki. Działalność gen. bryg. Zdzisława Dmochowskiego w wojsku polskiem. — Wspomnienie o ś. p. Alfredzie Sokołowskim. — E. Żebrowski. Istota i podział anemji. Czechowicz. Lekarz wojskowy przy pułku. — Schulc. Wyżywienie armji francuskiej obecnie i w ubiegłej wojnie. — J. Rutkowski. O resekcji naczyń powrózka nasiennego. — F. Goebel. Cholesteryna, a odczyn Wassermanna. — W. Ostaszewski. Co lekarz pułkowy powinien wiedzieć z zakresu dentystyki.

---

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dn. 14. listopada 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 71.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłym w ostatnich dniach członku Krakowskiego Tow. Lekarskiego: kol. Hermanie Hirschu — przew. po odczytaniu protokołu z posiedzenia w dn. 31 października zawiadamia zebranych że Tow. lek. otrzymało z Min. Zdrowia okólnik, zapraszający lekarzy na sześć konferencji Dra Burneta z Instytutu Pasteura, mających się odbyć w dn. 24, 25 i 26 listopada w Warszawie.

Kol. Zubrzycki przedstawia chorą z guzem, wychodzącym z gruczołu Bartholiniego lewostronnego; na powierzchni tego guza powstał ubytek wszystkich warstw skóry na przestrzeni mniej więcej franka srebrnego. Przez otwór ten wypadła na zewnątrz część guza, wielkości kasztana. Guz sam dochodzi aż do odbytnicy i rozmiarami dorównywa pomarańczy.

Kol. Rosenhand pokazuje a) przypadek *Blepharochalasis* u osobnika młodego. b) 2 przypadki zranień oka wyleczonych. W jednym z nich tkwią 2 rzęsy w przedniej komorze od 4 lat bez podrażnienia oka i z zachowaniem bystrości wzrokowej 6/18. W dyskusji zabierał głos kol. prof. Majewski, twierdząc, że w przypadkach *blepharochalasis sive angiomegalia palpebrarum* podstawą anatomiczną zmiany bywa niejednokrotnie wrodzona przerwa w septum orbitale i wypadnięcie tłuszczu oczodołowego pod skórę powieki górnej. W kilku operowanych przypadkach wydobył M. z pod skóry powieki górnej duże kawałki łatwo oddzielającej się tkanki tłuszczowej.

Kol. Lipiński wygłasza odczyt p. t. „**Sporotrichoza błon śluzowych powodowana przez nowy gatunek sporotrichum** (*sporotrichum cracoviense*). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Lenartowicz zwraca uwagę, że w przypadku omówionym przez prelegenta mogło chodzić o owrzodzenia inne, niekoniecznie sporotrichotyczne, bo sporotrichon może znajdować się na błonach śluzowych nawet zupełnie zdrowych jako saprophyt. Gdyby prelegent mógł był chorą obserwować czas jakiś i wykonać u niej szczepienie sporotrichiną obok tego zbadać aglutynację. i gdyby próby te wypadły dodatnio wówczas niebyłoby wątpliwości, że owrzodzenia należało uznać za sporotrichozę. Szczep opisany przez prelegenta i nazwany „*sporotrichum cracoviense*" różni się od znanych dotychczas zasadniczo tem, że rośnie także bez dostępu tlenu. Różnica ta jest tak zasadniczą, że można się wahać czy grzybek opisany przez prelegenta można zaliczyć do grupy sporotrichon czy do grupy innej. Za przynależnością do sporotrichon przemawiałby wynik dodatni szczepienia na szczurach, który też prelegent otrzymał, w czasie i wprzebiegu dosyć znamienny.

Kol. Gieszczykiewicz zaznacza, że przeciwko wątpliwościom co do przynależności gatunku opisanego przez kol. Lipińskiego do rodzaju sporotrichum przemawiają wygląd mikroskopowy, wygląd hodowli, zwłaszcza hodowli na szkle, wreszcie doświadczenie na szczurze. Zaznacza że kol. L. przesłał swój szczep prof. Gougerot'owi, który jest niewątpliwie najlepszym na świecie znawcą sporotrichozy. Za kilka tygodni nadejdzie odpowiedź, która wszelkie wątpliwości z pewnością usunie.

Sekretarz Dr. *Pawlas*.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 listopada 1923 r.

Przewodniczący prof. Majewski obecnych 74.

Przyjęto na członka Tow. kol. Marję Spissową. Po odczytaniu protokółu z dn. 14 listopada kol. Gieszczykiewicz wygłosił odczyt p. t.

»**Odmieniec pospolity i jego znaczenie w bakterjologji i patologji**«. Prelegent podaje charakterystyczne cechy drobnoustroju bardzo rozpowszechnionego w przyrodzie, stojącego na pograniczu między bakterjami chorobotwórczemi a saprofitycznemi t. j. *bacterium vulgare Hauseri* powszechnie zwanego odmieńcem. Gatunek ten, o ile znajdzie się w kale podejrzanym o zawartość bakt. duru brz. lub czerwonki może stanowić przeszkodę w wyosabnianiu tychże z powodu nadmiernego bujania. Można tę trudność ominąć, izolując je możliwie wcześnie.

Odmieniec odgrywa pewną rolę w sprawach zapalnych przewodu pokarmowego, zwłaszcza u osesków, dołącza się dość często do rozmaitych zakażeń ropnych, wywołuje czasami zapalenie pęcherza moczowego.

Drobnoustrój ten podejrzywano o wywoływanie choroby Weila, oraz duru plamistego, podejrzenia te nie okazały się jednak uzasadnione. Wkońcu omawia prelegent znaczenie odmiany odmieńca opisanej przez Weila i Felixa pod nazwą X 19, zwracając uwagę na jej rozpowszechnienie w przyrodzie i niezależnośc od duru plamistego, rozpatruje hipotezy, które postawiono by wytłómaczyć reakcję Weila i Felixa.

Posiedzenie naukowe w dniu 28 listopada 1923 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 130.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia w dniu 21 listopada 1922 przyjęto większością głosów proponowany przez Zarząd Towarzystwa skład „komisji matki", mającej przeprowadzić wybory Zarządu Tow. lek. na rok 1924.

Kol. Cercha przypomina o mającym się odbyć w Krakowie w r. 1924 „Zgromadzeniu Związku lekarzy Państwa Polskiego. Pociągnie to za sobą znaczne koszta, mimo, iż zjazd odbędzie się prawdopodobnie w ramach szczuplejszych (delegaci). W tym celu Związek będzie zmuszony opodatkować wszystkich swych członków pewną znaczniejszą kwotą, którą rozłoży się na raty miesięczne. O wysokości kwoty zostaną członkowie uwiadomieni po ustaleniu preliminowanych kosztów.

Kol. Sochacki pokazuje przypadek *dystrophia musculo-*

*rum progressiva*, o tyle ciekawy, że spotykamy się w nim z rzekomym przerostem górnej wargi i języka jak również i przerostem mięśni obu łydek.

Kol. Zawistowski wygłosił odczyt p. t. **»Insulina, jako środek leczniczy w cukrzycy«**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Wasserberżanka przedstawia wyniki leczenia insuliną chorego 68 letniego, z wybitną miażdżycą tętnic, u którego w październiku b. r. w związku z ropiejącą raną na stopie wystąpiła zgorzel stopy. Po podaniu 12 jednostek klinicznych insuliny (*chemosanwerke*) znikła natychmiast kwasica, ilość cukru spadła na 7—20 gr. na dobę. Gdy z powodu braku insuliny leczenie to zastąpiono leczeniem djetetycznem wystąpiła ponownie acetonurja i b. silne osłabienie, polidypsja i obrzęki. Od tygodnia podaje się choremu 2 × 10 jednostek klinicznych dziennie fabryki wiedeńskiej „Fhiag". Acetonurja znikła, ilość cukru przy djecie zawierającej 60 gr. węglowodanów, wynosi 0.4 gr. na dobę, stan ogólny tak dalece się poprawił, że w tych dniach będzie można wykonać odjęcie odnóża.

Kol. Schenker: korzystne jest w przypadkach schorzeń chirurgicznych u chorych cukrzycowych podawać insulinę i to przedewszystkiem w lekkich przypadkach, ponieważ działanie insuliny sprawia, że wytwarzają się lepsze warunki gojenia. Wiadomą jest rzeczą jak u ciemnie działają aceton i kwas aceto-octowy na usypianych chorych, powodując następowo zapalenie płuc. Od tego powikłania będzie można chorego również uchronić przez stosowanie insuliny.

Kol. Blassberg zaznacza, że uczeni amerykańscy wprzód postawili tezę, iż cukrzyca jest następstwem upośledzonego wydzielania we wyspach komórkowych Langerhansa w trzustce a potem odwrócili to twierdzenie i wykazali jego słuszność skutecznością insuliny. Przy studjowaniu literatury o insulinie napotykamy na wielką trudność oceniania wyników leczniczych dla tego, ponieważ są różne centra wyrobu insuliny, różne sposoby miareczkowania, i określania jednostek, oraz przetwory o różnej sile. Trzecią część pierwotnej jednostki amerykańskiej „Toronto" zaczęto stosować do celów klinicznych jako jednostkę „kliniczną". Jednostki francuskie Chabanier'a, Lobo-Onella i Lebert są siedem do dziesięć razy silniejsze niż amerykańskie, insulina wiedeńska Falty zawiera w jednej pastylce 2 jednostki, „kliniczne" a zatem $^{2}/_{3}$ jednostki „Toronto", insulina wiedeńska Pollaka miareczkuje się jednostkami „klinicznemi" a duńska jednostkami „Toronto" i t. p. Co do wskazań leczniczych to wszyscy zgadzają się na to, że śpiączka jest bezwzględnem wskazaniem dla stosowania insuliny, gdyż tem leczeniem udaje się usuwać nawet stany zupełnej nieprzytomności śpiączkowej, wobec których dotąd byliśmy bezradni. Co do innych wskazań zdania są rozbieżne. Przeważająca większość klinicystów jednak radzi stosowanie insuliny, z powodu trudnej podaży tego przetworu, tylko w przypadkach ciężkich, odpornych na leczenie djetetyczne, lub w zaostrzeniach, w których chodzi o szybkie, natychmiastowe zadziałanie, przy powikłaniach z ostremi zakażeniami, ze zgorzelą i przy potrzebie operacji. — Niektórzy jednak sądzą, że należałoby ją stosować w lekkich przypadkach gdyż możnaby wtedy przy pomocy insuliny oszczędzać schorzały aparat wydzielniczy trzustki i doprowadzić go do wyleczenia. Doniesienia Besta i Scotta z Toronto jakoby substancja o działaniu podobnem do insuliny była zawarta nietylko w trzustce jako hormon swoisty, lecz we wszystkich tkankach zwierzęcych, przywodzą na myśl zarzucone dziś poglądy Popielskiego, który na podstawie podobnych spostrzeżeń był przeciwnikiem teorji swoistych hormonów.

Kol. Lewkowicz podnosi, że cukrzyca jest u dzieci chorobą względnie rzadką, jeżeli się jednak rozwinie w tym wieku, przeważnie pierwszy jej okres z nieznacznemi zaburzeniami przebiega niepostrzeżenie, a potem lekarz od razu ma przed sobą sprawę o groźnem wejrzeniu. Dotychczas, rozporządzając tylko leczeniem djetetycznem, stawał on wobec niej bezradny i wahał się między sprzecznemi wskazaniami. Jeżeli bowiem stosownie do zmniejszonej tolerancji — starał się zmniejszyć ilość spożywanych węglowodanów, wpędzał chorego niejednokrotnie wprost w śpiączkę, szybko kończącą się śmiercią. Musiał zatem pamiętać, że w tych postaciach ciężkich, stojących na pograniczu zatrucia ciałami acetonowemi, kwasicy, według zapatrywań Aubard'a, rozwiniętych dodatnio przez Chabanier'a i jego współpracowników, glikemja jest do pewnego stopnia czynnikiem wyrównawczym; gdyż tylko wtedy, gdy zawartość cukru we krwi dosięga pewnego, nieprawidłowo wysokiego poziomu (glikemja krytyczna), różnego u różnych chorych i w różnych warunkach, zużytkowanie cukru staje się na tyle dostateczne, iż przeróbka rodników tłuszczowych, znajdujących się w drobinach tłuszczu i białka, odbywa się prawidłowo; wtedy też tylko nie dochodzi do kwasicy.

Wynikałoby z tego wskazanie, żeby albo usunąć z pokarmu tłuszcze i białka, co możliwe jest chyba tylko na krótko, albo doprowadzić odpowiednio wysoką ilość węglowodanów. co jednak znów z innych względów jest niepożądane i odbija się niekorzystnie na stanie ogólnym.

Zasadniczo odmienne jest położenie przy stosowaniu systematycznem insuliny, gdyż wtedy podnosi się zdolność ustroju wyzyskania cukru i dlatego, mimo niskiej zawartości cukru we krwi, nie grozi zatrucie kwasowe, innemi słowy, opada glikemja krytyczna. Stosunki zatem zbliżają się do prawidłowych, usunięte jest bowiem podstawowe zaburzenie.

Kol. W. Orłowski podkreśla, że i przed stosowaniem insuliny zdarzały się przypadki nagłej śmierci chorych na cukrzycę po wyprowadzeniu ich ze stanu śpiączki. Omawia szczegółowo metodę leczenia ciężkich przypadków cukrzycy djetą tłuszczowo jarzynową ze znacznem ograniczeniem białka, stosowaną oddawna przez Petréna oraz Lauritzena, bardzo często z wyśmienitym wynikiem nawet w cukrzycy ciężkiej w wieku dziecięcym.

Kol. Weisglass wspomina, że wielu autorów, korzystając z właściwości insuliny działania na cukrzycę pochodzenia trzustkowego, zastanawiało się nad tem czyby nie można wykorzystać tej właściwości dla odróżnienia cukrzycy właściwej od cukromoczu pochodzenia nerkowego.

Kol. Blassberg podnosi z naciskiem, że djagnostyczne stosowanie insuliny dla odróżnienia cukrzycy prawdziwej od cukromoczu nerkowego byłoby niewłaściwe i niebezpieczne dla chorego, gdyż mogłoby wywołać groźną dla ustroju reakcję hypoglikemiczną. Sekretarz Dr. *Pawlas*.

## Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7. grudnia 1923 r.
Przewodniczy kol. I. Zieliński. Obecnych 97.

1) Kol. Hilarowicz przedstawia: a) chorego, u którego wykonano **plastyczną operację dużego ubytku po wypróżnieniu oczodołu**; b) **preparat** guza o utkaniu **tłuszczako-śródbłoniaka**, usuniętego na drodze operacyjnej z krtani; c) **3 preparaty resekowanych żołądków, sposobem Kroenlein'a**; d) preparat **usuniętej przepukliny jajnikowej**, wraz ze szczegółowem obrazem stosunków topograficznych.

2) Kol. Czobanówna przedstawia chorą l. 28 z **morbus Addisoni** i omawia szczegółowo poszczególne objawy kliniczne.

3) Kol. Stefek: odczyt pod tyt.: **»Adrenalina jako czynnik rozpoznawczy w rozpoznawaniu guzów jamy brzusznej«**. (Całość ukazała się w druku).

Posiedzenie naukowe w dniu 14 grudnia 1923 r.
Przewodniczy kol. T. Zieliński. Obecnych 78.

1) Kol. Allerhand przedstawia chorego l. 34 z **pyorrhea alveolaris**, u którego przed 2 tygodniami przeprowadzono doszczętne leczenie chirurgiczne sposobem prof. Cieszyńskiego. Przebieg pooperacyjny doskonały.

2) Kol. Allerhand wygłasza odczyt pod tyt.: **Nowsze poglądy na etjologję „Endocarditis lenta"**.

Prelegent omawia szczegółowo nowsze teorje i prace, poświęcone etjologji endocarditis lenta, dalej zatrzymuje się dłużej nad wynikami autorów amerykańskich i podnosi znaczenie badania stomatologicznego w ogólnem badaniu klinicznem.

**W ożywionej dyskusji** zabierali głos kol. Stauber, Stenzel, Rencki i Nowicki. *W. Janusz*, sekretarz.

## Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dn. 7. listopada 1923.

1) Kol. Eljasberg przedstawia, chorą, u której przypuszczano wylew do jamy brzusznej z prawdopodobnem uszkodzeniem jelit po kopnięciu w górną część brzucha.

Operacja wykazała znaczną ilość płynu i skrzepniętej krwi, bez pęknięcia jelit. Jamę brzuszną wytamponowano. Po kilku dniach zauważono obfite wydzielanie się z rany operacyjnej płynu surowiczo-ropnego. Badanie wydzieliny wykazało obecność trypsyny, co wskazywało na uszkodzenie trzustki. Przetoka trzustkowa zagoiła się dopiero po zastosowaniu żywienia białkowo-tłuszczowego z wykluczeniem węglowodanów i podawaniu dużej ilości wody alkalicznej.

2) Kol. Frenkiel: przypadek **zespołu myotoniczno-myastenicznego**, po durze brzusznym u 15 l. chłopca. Badania farmakologiczne stwierdzają typ wagotoniczny.

3) Kol. pułk. Manteuffell wygłosił odczyt: **Życie i działalność naukowa śp. Dra Edwarda Zielińskiego**. Po przedstawieniu krótkich danych biograficznych przechodzi do ogólnej oceny działalności Dra Zielińskiego, jako uczonego i streszcza w chronologicznym porządku wszystkie jego prace. Stara się w tej ocenie podnieść bogactwo myśli autora, zwięzłość stylu i głęboką wiedzę, w której dominującą rolę gra ogromne doświadczenie i znajomość anatomji patologicznej. W większych pracach zmarłego, jak np. „O chorobie Glénarda", „O zboczeniach w budowie ciała suchotników" — materjał, na którym opierał się Zieliński jest kolosalny (150 wzgl. 854 własnych sekcji). Ujęcie każdej sprawy jest oryginalne, jak np. w pracy „O hipnozie bojowej", „O stosunku anatomicznym, sprzyjającym powstawaniu padaczki", w pracy o cholerze i t. p. — Na zakończenie prel. wraca do charakterystyki ś. p. Edwarda Zielińskiego, jako człowieka, lekarza i patrjoty.

4) Kol. Kryszek demonstruje 4 przypadki **wad ujścia żylnego**, jedno — zwężenie zastawki dwudzielnej, jedno — niedomykalność i dwa — skombinowane: zwężenia i niedomykalności. Z tych — dwa w okresie wyrównania — jeden utajonego i jeden jawnego niewyrównania. U wszystkich chorych występuje w różnym nasileniu i rozmiarach **przytłumienie w okolicy przykręgowej** lewej z tyłu na wysokości VI—IX kręg. piersiowego, odpowiadające powiększonemu ku tyłowi lewemu przedsion-

kowi. Najwybitniej występuje w przypadku zwężenia zastawki dwudzielnej wyrównanego i w jednym — niewyrównanej wady skombinowanej. Kol. K. omawia mechanizm powstawania i wartość kliniczną tego przytłumienia.

5) Kol. Eljasberg pokazuje 2 preparaty **po resekcji żołądka** z powodu wrzodu dwunastnicy. W obu — objawy kliniczne typowe: w I-m hyper — a w II-m hypaciditas i opadanie krwinek szybkie 35 i 90. W I-m zrosty zapalne z trzustką, wymagające trudnego oddzielania dwunastnicy od trzustki przy resekcji s. osobem Billrotha I. W II-m przyp. — wrzód, drażony do trzustki wymagał wycięcia odpowiedniego odcinka trzustki z zespoleniem. Stan pooperacyjny w obu przyp. dobry. Przypadki wykazują stosunkową częstość komplikacji wrzodu dwunastnicy ze strony trzustki, co znacznie utrudnia wykonanie zabiegu radykalnej resekcji.

Posiedzenie d. 21 listopada 1923.

1) Kol. Goldman pokazuje 34 l. chorego w 10 dni po **resekcji** metodą Payr'a, **żołądka** z powodu wrzodu drążącego małej krzywizny.

2) Kol. Załęski wygłasza odczyt pt.: **Skazy krwotoczne w następstwie zabiegów leczniczych.** Autor spostrzegał dwa przypadki skazy krwotocznej u kobiet, która wystąpiła wkrótce po dożylnem kilkakrotnem zastosowaniu Argokolu Klawego, przy ostrych sprawach gorączkowych. Obraz kliniczny odpowiadał obrazowi m. maculosus Werlhofii. Czas krwawienia przedłużony, czas krzepnięcia norm., obraz morfologiczny, krwi poza objawami małokrwistości i zmniejszenia ilości płytek, był normalny. W piśmiennictwie obrazy podobne spotyka się w przypadkach po wprowadzeniu do ustroju przetworów arsenobenzolowych (Głuziński, P. E. Weil) — oprócz zespołu krwotocznego, objawy ciężkiej anemji aplastycznej, wskutek zaniku szpiku kostnego, z zejściem śmiertelnem. Bywają jednak i przypadki o przebiegu lżejszym. Niektórzy autorzy jak n. p. E. Weil tłumaczą powstawanie skaz krwotocznych uszkodzeniem czynności krwiotwórczej wątroby, stany zaś anemiczne uszkodzeniem szpiku kostnego. Szkodliwe działanie przetworów arsenobenzolowych starano się wytłumaczyć toksycznem działaniem różnych ich części składowych. Jednakże zdaniem prelegenta jedynie jądro arsenobenzolowe może być posądzane o działanie szkodliwe, wobec znanego powszechnie szkodliwego działania benzolu na szpik kostny. Jednakże benzol działa trująco i per os, a arsenobenzol tylko przy stosowaniu pozajelitowem.

Łatwiej wytłumaczyć działanie to zmianami koloidalnemi, zachodzącemi wówczas w płynach ustroju, a mianowicie tworzenie się strątów, zaczopowujących naczynia włosowate: przy zaczopowaniu naczyń w mózgu następują — udary surowicze, w nerkach — anurje i uremje, w szpiku kostnym — plamice krwotoczne i anemje. Za takiem tłumaczeniem powikłań leczenia arsenobenzolowego przemawia powstawanie skaz krwotocznych wskutek wprowadzania pozatrzewiowego leków nie posiadających właściwości toksycznych: po argokolu, surowicach leczniczych, (autor, Florand), po przetaczaniu krwi ludzkiej (Hans Herman). Występowanie skaz krwotocznych tylko w nieznacznym odsetku leczonych tłumaczą wszyscy autorzy pewną „konstytucją" zapadających, polegającą na braku równowagi w czynnościach narządów krwiotwórczych: wątroby i szpiku kostnego i nadmierną ich wrażliwością na bodźce zewnętrzne. P. E. Weil nazywa ją „hemogénie" i „hepatisme". Rozpoznanie tych stanów jest możliwe na podstawie ścisłych wywiadów, stanu wątroby i objawów hematologicznych: zmniejszona ilość płytek we krwi, brak kurczliwości skrzepu z następnem jego rozpuszczeniem się, hyperbilirubinemja — i urologicznych — „urobilinuria" i dodatni odczyn Hay'a w moczu. Stwierdzenie „hemogénie" lub „hepatisme" stanowi przeciwskazanie do wprowadzania pozatrzewiowego leków.

**W dyskusji** kol. Leyberg nie spostrzegał ani razu zatrucia arsenobenzolowego, mimo stosowania wysokich dawek, uważa że skaza krwotoczna przy leczeniu arsenobenzolami nie jest zależna ani od wysokości dawki jednorazowej, ani od ogólnej ilości zastosowanego leku, konieczna jest do tego szczególna konstytucja. Jest zdania, że najmniejsze powikłania w toku leczenia (krwawienie z dziąseł, nosa, plamki krwotoczne na skórze), powinny stanowić bezwzględne wskazanie do natychmiastowego przerwania leczenia.

Kol. Mikłaszewski podkreśla znaczenie czynników neurotroficznych w powstawaniu omawianych spraw, opierając się na opisywanych zmianach anatomicznych na dnie IV komory (Trousseau, Bothen).

Kol. Venulet nie uważa patogenezy skaz krwotocznych za ustaloną, zwłaszcza mechanizm zaburzeń koloidalnych, prowadzących do strątów, wymaga dalszych badań. Po pozatrzewiowem wprowadzeniu do ustroju ciał obcych, zaczyny odnośnie uwydatniają się o wiele wcześniej, niż wspomniane zaburzenia.

Mówca przytacza historję choroby dwu przypadków thrombop. essent. spostrzeganych w oddz. Kol. Sterlinga. W obydwu przypadkach zastosowano, wobec bezskuteczności zachowawczych metod leczenia — splenektomję. W jednym po zabiegu ustały zupełnie krwawienia i chory dotychczas (2 mies.) po operacji czuje się b. dobrze. W drugim operowanym zbyt późno już niemal in extremis, nastąpiła śmierć w dniu operacji. Na sekcji stwierdzono wybitne zwyrodnienie mięśnia sercowego, wylew krwawy do bocznej ściany lewej komory i takiż do *thalamus opticus*.

Po przeprowadzeniu różniczkowej djagnostyki opisanych przypadków, prelegent omawia szczegółowo patogenezę thrombopenji i dochodzi do wniosku, że splenektomja, którą musimy uważać w wielu przypadkach za zabieg, ratujący życie chorych, jest również uzasadnioną z punktu widzenia teoretycznego. W końcu prelegent wspomina o przypadkach opisanych przez Sterlinga i Rabinowiczównę.

Kol. Ajzner wspomina o próbach zastąpienia splenektomji przez podwiązanie art lienalis, zabieg znacznie lżejszy. Kol. A. wypróbował zabieg ten na psach. przyczem nie otrzymał ani zgorzeli, ani infarktu.

Kol. Mikłaszewski wspomina o stosowanych dotychczas zabiegach, jak naświetlanie promieniami Roentgena i przetaczanie krwi.

Posiedzenie 5 grudnia 1923.

1) Kol. Eljasberg przedstawia chorego **z głębokim wrzodem odźwiernika**, zwężeniem takowego i następnie rozszerzeniem żołądka (aż do miednicy) i przesunięciem odźwiernika w prawo i w dół do wysokości pępka. Po resekcji sposobem Billrotha — szybka poprawa.

2) Kol. Margolis przedstawia chorego z **bąblowcem wątroby.** Rozpoznanie (krew norm.) umożliwiło badanie rentgenologiczne, które wykazało wysoko stojącą przeponę, przebiegającą falisto.

3) Kol. Skalski wygłosił rzecz o **alastrim**, chorobie zakaźnej wysypkowej, różnej jakoby od znanych dotąd, która w październiku 1922 wybuchła na Antyllach Mniejszych, o dużej szybkości szerzenia się. Śmiertelność 0.5—2% (Henry), według innych 0 (Légé); podobna do ospy naturalnej, ospówki, ospy wietrznej. Szczepienia jennerowskie nie zabezpieczają od alastrim, krosty niemają pępka ospowego, po odpadnięciu strupa pozostają nie blizny, lecz plamy ciemne, znikające po paru miesiącach. Przebycie choroby odporności nie daje. Próba Paula nie dała wyniku dodatniego. Anglicy utożsamiają alastrim z amaos, milk-pox, kafir-pox afrykańskim — ospą osłabioną (Buchanan, Force, Ledke), Légé uważa ją za chorobę odmienną od ospy. U nas opisał ją Chodźko. — Chorobę tę zawleczono do Francji, co skłoniło kol. Skalskiego do omówienia jej w Tow. lek. Łódz., gdyż nie jest wykluczonem zawleczenie jej i do nas, gdzie wobec zanikania ospy naturalnej, mogą powstać trudności rozpoznawcze.

4) Kol. Szyfman wygłosił odczyt: **Dwa przypadki Thrombopeniae essentialis.**

Kol. Załęski nazwałby cierpienie to raczej thrombocytopenją. Następnie zastanawia się, czy w 2-m przypadku nie należałoby popróbować przedtem leczenia przetaczaniem krwi. Wogóle obydwa przypadki a szczególnie drugi zdają się odbiegać od szematu, wobec czego kol. Z. zastanawia się, czy nie była to thrombopenja objawowa, niezależna od cierpienia śledziony lecz od innych przyczyn: uszkodzenie szpiku kostnego jak przy zatruciu arsenobenzolem, krążące we krwi drobnostroje, jak przy posocznicach, które zlepiają się z płytkami i zostają zatrzymane w narządach. Zjawisko to łatwo wywołać doświadczalnie, wprowadzając do obiegu krwi emulsje proszków obojętnych: karminu, węgla zwierzęcego. Kol. Z. spostrzegał takie zjawisko w jednym przypadku posocznicy meningokokami, gdzie ilość leukocytów była znacznie zwiększona a płytek zmniejszona. Ciekawem byłoby dowiedzieć się, ile leukocytów było w przypadkach kol. Szyfmana?

Kol. Tenenbaum uważa leczenie chirurgiczne za duży postęp w leczeniu cierpienia, uważanego dawniej za śmiertelne.

Kol. Kryszek wspomina o splenektomji przy stanie hemolitycznej i pierwotnej marskości wątroby typu splenomegalicznego, zalecanej przez Eppingera. Wspomina losy przedstawionego w Towarzystwie przez siebie takiego przypadku.

Kol. Szyfman w odpowiedzi: splenektomja jak zresztą i każdy inny zabieg operacyjny, wymaga odpowiednich wskazań; wskazana ona jest w przypadkach nie poddających się leczeniu zachowawczemu. Naświetlanie promieniami X, sądząc z piśmiennictwa, zawodzi. Przetaczania krwi nie dokonano ze względów na brak ofiarodawcy. Zresztą, przetaczanie krwi jest tylko zabiegiem objawowym i może być stosowane równorzędnie ze splenektomją.

## Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Sprawozdanie z zebrania T-wa Lek. Zagłębia Dąbrowskiego w dniu 24. X. 1923.

Przewodniczący kol. Kozłowski.

Kol. Nasiłowski przedstawia dziecko $3^1/_2$ roczne. Zachorowało przed 7 tygodniami; stwierdzono wówczas stan gorączkowy i objawy mózgowe. Rozpoznawano *meningitis* lub *encephalitis*. Następnie dziecko przebyło ospę wietrzną i zapalenie płuc. Od 5 dni wystąpiły drgawki kloniczne najpierw w kończynie górnej lewej, na drugi dzień i w prawej, następnie dołączyły się drgawki mięśni języka, twarzy i karku. Drgawki te nie opuszczają chorego ani na chwilę, utrzymują się nawet w lekkim śnie, ustępują dopiero w głębokim śnie. Badanie objektywne wykazuje: dziecko średnio zbudowane, nadzwyczaj wychudzone i osłabione ciepłota ciała stale podniesiona (37.5—38), odruchy ścięgniste wzmożone, odruch Babińskiego — ujemny, objaw Trousseau — ujemny, objaw Chwostka — słabo dodatni, źrenice reagują prawidłowo, dno oka blade, żyły rozszerzone. Kol. Nasiłowski dochodzi do wniosku, że dziecko zachorowało przed 7 tygodniami na zapalenie mózgu nagminne, stan obecny jest dalszym ciągiem, ew. następstwem tejże choroby. Kol. Puterman sprawę uważa

za spazmofilję (tężyczkę), jaką spotyka się u dzieci karmionych mlekiem. Na chorobę tę wskazuje zresztą ułożenie rączek. Kol. Ingster oświadcza się na podstawie analizy objawów, przeciw tężyczce z całą stanowczością i zgadza się z rozpoznaniem kol. Nasiłowskiego. Stanowisko to zajmują również kol. Suchodolski i Uhl.

Kol. Kozłowski: referat o **zmianach ocznych na tle głodowym**, stwierdzonych przez niego w sierpniu b. r. w przytułku dla sierot z Kresów wschodnich w Granicy. Warunki higjeniczne w przytułku względnie dobre. Wśród 126 chłopców (od 7—15 lat) stwierdził jaglicę w 29% (w roku ubiegłym wypadków tej choroby tam było 4%). W wielu wypadkach stwierdził *xerosis conjunctivae*, w 6 przypadkach cierpienie posunęło się dalej i nastąpiło zmiękczenie rogówki — keratomalacia.

Wreszcie w 10% stwierdził kurzą ślepotę.

Stan ten oczywiście tłumaczyć należy stałem głodowaniem dzieci. Przy polepszonym odżywianiu, zwłaszcza przy podawaniu większej ilości tłuszczu, stan dzieci z łatwością dałby się polepszyć. Po dyskusji, jaka wywiązała się po referacie zobranie przyjęło wniosek kol. Kotarskiego, który proponuje: „po komisyjnem zbadaniu dzieci wystosować memorjał do Sejmiku w sprawie niedostatecznego odżywiania dzieci w przytułku w Granicy". Na wniosek kol. Putermana postanowiono asygnować z Kasy T-wa Lek. 2 miljony marek na tran dla dzieci z tego przytułku.

Kol. Butkiewicz dał krótkie sprawozdanie ze zjazdu chirurgów w Poznaniu. Odczytano list prof. Gluzińskiego z prośbą o zorganizowanie na terenie T-wa Koła internistów.

Upoważniono kol. Putermana, Wołkowicza i Gosiewskiego do zajęcia się tą sprawą.

Protokół zebrania Towarzystwa lekarskiego w dniu 21 listopada 1922 r.
Przewodniczący kol. Kozłowski. Obecnych 20 członków i 3 gości.

1) Odczytano i przyjęto protokół z dnia 24 października r. b.

Kol. Kozłowski komunikuje w sprawie przytułku dla sierot w Granicy, że na skutek osobistej interwencji w Starostwie Kol. Dehnela, Starostwo wyznaczyło Komisję dla zbadania stanu rzeczy. Do Komisji tej zaproszono i jego. Stan zdrowia dzieci w przytułku pogorszył się. Wobec tego, że przytułek nie znajduje się pod zarządem Starostwa, Zarząd Towarzystwa wystosował w tej sprawie list do Województwa. Dla dzieci zakupiono tranu za 2 miljony Mkp., prócz tego wydostano z „Kropli Mleka" 5 kg. tranu.

Województwo wyjaśnia, że na skutek pisma Zarządu T-wa lekarskiego interwenjowało u władz centralnych w sprawie przytułku. W tych dniach nadeszło na rzecz przytułku 79 miljonów Mkp. Obecny stan tłumaczy się dewaluacją marki wskutek której 4000 Mkp., przewidywane budżetem na jedno dziecko, nie mogło oczywiście wystarczyć.

2) Kol. Kozłowski i kol. Wołkowicz demonstrują chorą z kerato-iritis tbc. Chora w dzieciństwie przechodziła gruźlicę III kości garstkowej prawej ręki. Obecnie chora jest leczona tuberkuliną z bardzo pomyślnym wynikiem. Kol. Wołkowicz w krótkim referacie omawia sprawę leczenia tuberkuliną.

3) Kol. Nasiłowski w związku z protokółem z ostatniego zebrania zaznacza, że u demonstrowanego dziecka, pomimo stosowania djety bezmlecznej, Na Br, oraz fosforu z tranem, drgawki a właściwie drżenie myokloniczne trwało nadal. Nazajutrz po demonstracji ciepłota ciała 38,5°, objawy ze strony systemu nerwowego te same. Dziecko osłabione, nie chce przyjmować pokarmów. Na 3 dzień dziecko zmarło, przyczem przed samą śmiercią obok drżenia myoklonicznego, wystąpiły silne drgawki, t. zw. jaktacje w kończynie dolnej. Całość przebiegu klinicznego przemawia za encephalitis.

Kol. Puterman: w omawianym przypadku nie było ani parkinsonizmu, ani encephalitis lethargica. Powołuje się na Strümpla, że w tężyczce może być takie ułożenie rączek, jakie miało w danym przypadku miejsce, oraz że jest możliwy długo-trwały skurcz. Przy rozpoznaniu tężyczki nie upiera się, mógł być stan powyższy wywołany *encephalitis tbc*.

Kol. Ingster zwraca uwagę, że długotrwały skurcz przy tetanji musi być tetaniczny.

Kol. Dehnel w omawianym przypadku rozpoznaje sprawę gruźliczą przebiegającą w postaci pojedyńczych gruzełków. Śmierć nastąpiła wskutek rozlania się sprawy — *meningitis t. b. c.*

4) Kol. Ingster podaje w kilku słowach zarys historji hypnotyzmu, a zwłaszcza przejście od t. zw. magnetyzmu zwierzęcego do hypnotyzmu naukowego, oraz przechodzi do omawiania istoty hypnozy. Przedewszystkiem omawia, jak objawia się stan hypnotyczny i charakteryzuje poszczególne stadja hypnozy, opierając się na powszechnie przyjętym podziale Forela, który rozróżnia:

1) stadjum somnolencji, czyli senności,
2) stadjum hypotaksji i
3) stadjum somnambulizmu.

Następnie omawia analogję zachodzącą między snem zwykłym, a snem hypnotycznym. Rozpowszechnione wśród laików mniemanie jakoby hypnotyzer działał nadzwyczajnie swymi oczyma czy też właściwościami fluidycznemi, są błędne. Działa tu głównie wiara w to, że dany hypnotyzer posiada zdolność usypiania ludzi.

W lecznictwie wykorzystuje się t. zw. sugestje pozahypnotyczne, polegające na tem, że można choremu poddać nie tylko objawy mające się ziścić zaraz, ale również objawy, ziszczające się później, po skończonej hypnozie. Referent demonstruje na pacjencie cierpiącym na *enuresis nocturna*, oraz na pacjentce cierpiącej na *globus histericus* i „bóle w bokach", jak się w praktyce przeprowadza hypnozę, a na świeżo hypnotyzowanej osobie jak hypnotyzuje się poraz pierwszy. Następnie omawia stany chorobowe, dające się skutecznie leczyć hypnozą, oraz przytacza statystykę wyleczeń wybitnych hypnotyzerów jak Vogt, Forel, Wetterstrand i innych, zakreślając jednocześnie granice sztuki leczenia hypnozą. Dyskusję odłożono do następnego zebrania.

5) Kol. Suchodolski wygłosił „Sprawozdanie z prac na oddziale ginekologicznym szpitala Hr. Renard" w 1922 r. Był to pierwszy rok oddziału czysto ginekologicznego, a z kolei szósty byłego oddziału kobiecego chirurgiczno ginekologicznego. Oddział do połowy września rozporządzał 16 łóżkami, a od tego czasu do końca roku 25. Personel pomocniczy składał się ku końcowi roku z absolwentki medycyny i dwóch starszych sanitarjuszek-felczerek; służba pielęgniarska: z 3 pielęgniarek. Chorych było w ciągu roku 328. Operowano 241 osób (73,48%). Leczono konserwatywnie 87 osób (26,52%). Zabiegów operacyjnych wykonano 364. Śmiertelność ogólna 3 osoby (0,91%). Śmiertelność wśród operowanych 3 osoby (1,24%). Srednia długość pobytu na oddziale 18 dni (18,02). Sprawozdawca omówił 3 wypadki śmierci, które dotyczyły: 1) raka szyjki macicy, 2) ropnego zapalenia błony otrzewnej uogólnionego i 3) starej przetoki pęcherzowo-pachwinowej.

*Dr. Budzyński.*

## Sprawy zawodowe.

### Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 27. I. 1924 r.

Na posiedzeniu dorocznem Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 27. I. r. b. przyjęto sprawozdanie Wydziału Wykonawczego z działalności Izby Naczelnej za rok 1923, zatwierdzono projekt budżetu i regulaminy Izby, opracowane przez Wydział Wykonawczy, zatwierdzono regulaminy Izby Lubelskiej i uchwały Izby Lwowskiej w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia i udzielono pełnomocnictw Zarządowi Izby Naczelnej do działania w jej imieniu w roku 1924.

Na posiedzeniu tem odbyły się wybory na członków Sądu i ich zastępców Naczelnej Izby Lekarskiej. Ukonstytuowanie Sądu N. I. L. wyznaczono na 16. III. r. b. W sprawie Rady Dyscyplinarnej przy Ministerstwie Zdrowia Izba Naczelna postanowiła zwrócić się do Ministra Zdrowia z projektem skreślenia w drodze Ustawodawczej ustępu o Radzie Dyscyplinarnej w art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich, gdyż w ramach obecnie istniejących przepisów i ustaw dla Rady Dyscyplinarnej niema miejsca.

W sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej", z którem to pojęciem wiąże się obowiązek należenia do izby Lekarskiej, Izba Naczelna uchwaliła, co następuje: „obowiązek należenia do Izby Lekarskiej obejmuje wszystkich, którzy wykonywują zawód lekarski w jakiejkolwiek jego formie na podstawie uzyskanego dyplomu"

W sprawie pośrednictwa pracy postanowiono, że organizowanie w chwili obecnej centralnego biura byłoby przedwczesne. Natomiast Izba Naczelna wzywa poszczególne Izby, ażeby tworzyły lokalne biura pośrednictwa pracy tam, gdzie obecnie biur tych jeszcze niema. Obowiązkiem Izby Naczelnej będzie informowanie poszczególnych Izb co do wakujących stanowisk w urzędach centralnych, ażeby dać możność kolegom z prowincji przedstawienia swych ofert na te stanowiska.

W sprawie projektu wzajemnego ubezpieczenia wszystkich lekarzy w Państwie Izba Naczelna postanowiła powołać komisję, której zadaniem będzie opracowanie odnośnego projektu i przedstawienie go na następne posiedzenie Izby Naczelnej.

W sprawie udzielania pomocy funkcjonarjuszom państwowym postanowiono, ażeby Izba Naczelna przystąpiła do zorganizowania tej pomocy na zasadzie wolnego wyboru lekarzy.

Wsprawie projektu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej uzupełnień do Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej Izba Naczelna jest zdania, że projekt ten godzi w wolność i godność stanu lekarskiego. Wrazie jeżeliby projekt ten miał być wniesiony do Sejmu, Izba Naczelna postanowiła mu się przeciwstawić wszelkiemi możliwemi środkami

Wreszcie Izba Naczelna postanowiła zwrócić się do Władz Rządowych, ażeby przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej byli powoływani przez odnośne Ministerstwa do rozważania spraw, dotyczących organizacji służby zdrowia publicznego w Państwie.

Sekretarz—Członek Zarządu *Dr. med. Bełkowski.* Przewodniczący *Dr. med. Bączkiewicz.*

### Izba lekarska we Lwowie.

W dniu 15 marca odbyło się pełne posiedzenie Rady Izby Lekarskiej lwowskiej. Po zagajeniu prezydenta i uczczeniu pa-

mięci zmarłych członków Rady drów Drzymalika i Ślęka, oraz członków Sądu prof. Łukasiewicza i dra Fechtera, sekretarz Izby odczytał sprawozdanie za rok 1923, z którego wynika, iż Zarząd odbył w ciągu roku 42 posiedzeń przy pełnym komplecie 9 członków. Ze spraw ogólnych zajmował się Zarząd sprawą utworzenia instytucji ubezpieczeniowej dla lekarzy członków Izby na wypadek choroby.

Z powodu ciągle zmieniających się stosunków walutowych opracowanie odpowiedniego regulaminu i zasadniczych podstaw instytucji celem wprowadzenia jej w życie, było możliwem dopiero w ostatnich tygodniach. Rada izby zatwierdziła przedłożony jej w myśl referatu dra Moszkowicza projekt, uchwaliła wysokość zasadniczego świadczenia na wypadek choroby w kwocie 1 zł. dziennie i 30 zł. na wypadek śmierci, przy zasadniczej obowiązkowej wpłacie 4 zł. kwartalnie; uchwalono nadto, że zasadnicze świadczenia dzienne każdy z członków może dobrowolnie podwyższyć do dwa-trzy-cztery lub pięciokrotnej wysokości przy równomiernem podwyższeniu wkładki rocznej. Regulamin uchwalono ogłosić w Gazecie lekarskiej a instytucję wprowadzić w życie od 1 kwietnia; równocześnie przeprowadzi Zarząd izby likwidację dotychczasowej Kasy chorych, przy izbie lwowskiej istniejącej. Do Kasy zasiłkowej wpisani zostaną obowiązkowo wszyscy członkowie Izby z wkładką zasadniczą 4 zł; ci członkowie, którzy pragną wkładki zasadnicze podwyższyć celem otrzymania większych świadczeń, winni zawiadomić o tem Zarząd Izby.

W sprawie pomocy lekarskiej w instytucjach dla pracowników państwowych i w Kasach chorych uchwalono w myśl referatu dra Kuhna.

W organizacjach służących ubezpieczeniu pracowników (państwowych i prywatnych) na wypadek choroby ma obowiązywać zasada wolnego wyboru lekarza. Wolny wybór winien być w ten sposób przeprowadzony, że 1) ubezpieczonemu przysługuje prawo wyboru z pośród lekarzy, którzy na zaproszenie instytucji ubezpieczeniowej, wystosowane do ogółu lekarzy danej miejscowości, zgłoszą gotowość udzielania pomocy lekarskiej członkom instytucji, na warunkach, ułożonych wspólnie przez izbę lekarską i instytucję ubezpieczeniową, 2) ubezpieczony, po wyborze lekarza, ma prawo zmiany lekarza w tej samej chorobie tylko za wiedzą i aprobatą instytucji ubezpieczeniowej. W uwzględnieniu tego, że w niektórych instytucjach normalny tok pracy wymaga szczególnej dyscypliny wśród pracowników tej instytucji i w uznaniu, że wprowadzenie wolnego wyboru lekarza w tych instytucjach, mogłoby spowodować rozluźnienie dyscypliny, Zarząd izby nie domaga się wprowadzenia wolnego wyboru w instytucjach ubezpieczenia na wypadek choroby dla pracowników policji państwowej, kolei i poczty. 3) Prawa nabyte przez lekarzy, pełniących obecnie czynności w dotychczasowych Kasach chorych, mają być n i e n a r u s z o n e.

Odpowiednio do tego stanowiska, Zarząd izby rozpatrywał w roku ubiegłym cały szereg spraw lekarzy Kas chorych, popierając zasadę wolnego wyboru w nowo tworzących się Kasach i przedkładając wnioski swe Zarządom Kas i lekarzom o posady w Kasach się ubiegającym. Zarząd wyraża zapatrywanie, że zasada ta da się przeprowadzić jedynie przy solidarnem dążeniu i poparciu jej przez ogół lekarzy.

W sprawie pojmowania § 2. o praktyce lekarskiej i związanej z tem przynależności do izby, Zarząd zajął zgodne z innemi izbami stanowisko, że przez pojęcie praktyki należy rozumieć wykonywanie wogóle z a w o d u  l e k a r s k i e g o na podstawie uzyskanego dyplomu dra medycyny.

Przedłożony Radzie projekt regulaminu dla Izby, jej Zarządu i Sądu uchwalono rozesłać poszczególnym członkom Rady celem poczynienia uwag, a następnie przedłożyć go ponownie na posiedzeniu Rady, zwołać się mającem w tym celu w czerwcu.

Projektowana przez Min. pracy i opieki społecznej nowela do ustawy o praktyce lekarskiej, zmierzająca do przymusowego leczenia członków Kas chorych, spotkała się z energicznym protestem Zarządu. Protest ten zgodny ze stanowiskiem wszystkich izb w państwie, wysłaliśmy na ręce Naczelnej Izby lek. do Min. Zdrowia.

Już po roku istnienia izb, okazała się konieczną zmiana ustawy o izbach i o wykonywaniu praktyki; zapatrywanie naszej izby zgłosiliśmy na posiedzeniu Izby Naczelnej a odpowiednie wnioski w tej sprawie Zarząd Izby zamierza przedłożyć Radzie i rozwadze poszczególnych izb.

Na żądanie Ministerstwa przedłożył Zarząd wykaz szpitali uprawnionych do odbycia rocznej praktyki szpitalnej przed uzyskaniem prawa do wykonywania praktyki.

W sprawie nierównomiernego a przez to krzywdzącego wymiaru podatku obrotowego i dochodowego Zarząd izby pośredniczył w licznych wypadkach wskutek zażaleń odnośnych grup lub poszczególnych lekarzy; pozatem interweniował ustnie lub pisemnie w Izbie skarbowej, wysuwając jako konieczny postulat powołanie zastępców izby do poszczególnych Komisji Szacunkowych.

Sprawą uregulowania taksy za czynności sądowo lekarskie w sprawach karnych i za czynności komisyjne Zarząd izby wniósł ponowne propozycje do Ministra sprawiedliwości, zmierzające do ustalenia wynagrodzenia za powyższe czynności.

Zarząd izby przychylił się do uchwały pierwszego zjazdu dentystów we Lwowie, żądającej zniesienia państwowego instytutu dentystycznego jako odrębnej instytucji i przemiany jego w uniw. klinikę dentystyczną.

W sprawie szerzących się we Lwowie, a także i w miastach prowincjonalnych, spółek lekarzy z technikami dentystycznymi i nieprawidłowego firmowania tych ostatnich, Zarząd Izby energicznie dążył do zerwania spółek, wytaczając opornym śledztwa dyscyplinarne. Na tej drodze ostrzega ponownie lekarzy przed zawieraniem tego rodzaju spółek.

W związku z tą sprawą również zwalczał Zarząd dochodzące do jego wiadomości wypadki partactwa lekarskiego zwracając się do władz administracyjnych o ukaranie partaczy.

W sprawach spornych o ustalenie wysokości honorarjum, wydał Zarząd bardzo liczne opinje bądźto na życzenie władz, Sądów, instytucji lub poszczególnych lekarzy.

Oprócz tych spraw o znaczeniu ogólnem i zasadniczem, zajmował się Zarząd licznemi sprawami osobistemi lekarzy; tu należą nieporozumienia z Zarządami Kas chorych, spowodowane najczęściej tem, że lekarze obejmując posady w tych instytucjach nie ustalają swego stanowiska wobec Kas zawarciem odpowiedniej umowy. Tego rodzaju wzór umowy ramowej, Zarząd naszej Izby ogłosił swego czasu w pismach lekarskich a obecnie uchwalił wzór ten lekarzom przypomnąć. Przy rozpatrywaniu zatargów Zarząd Izby stoi na stanowisku, że poszczególni lekarze nie powinni ubiegać się o posady przed załatwieniem sporu z dotychczasowymi lekarzami. Postępowanie takie uważa Izba za niezgodne z pojęciem etyki zawodowej, narażające postępujących w ten sposób na dochodzenia dyscyplinarne.

Do kategorji spraw osobistych należały sprawy poszczególnych lekarzy tyczące się wykonywania praktyki lekarskiej, niewypłacanie poborów lekarzom okręgowym, wdowom po lekarzach krewnych lub zmarłych przy zwalczaniu epidemji: dalej sprawy sporne między lekarzami z tytułu wykonywania praktyki, uchybienia zasadom etyki a w końcu pośrednictwo w sprawie opóźnianej wypłaty wynagrodzeń za czynności sądowe i komisyjne.

Rada Izby uchwaliła następnie po dłuższej dyskusji opłatę roczną do Izby w wysokości 10 zł. według relacji w dniu płatności, oraz 5% od tej kwoty w razie zalegania z uiszczeniem opłaty przez miesiąc po ogłoszeniu.

W końcu dokonała Rada wyborów uzupełniających do Zarządu, w miejsce wylosowanych w myśl ustawy. Wybrani zostali do Z a r z ą d u: dr. A l l e r h a n d, dr. K u h n, dr. O p i e ń s k i: do S ą d u w miejsce zmarłych i wylosowanych: dr. B e t t, dr. K o t i e r s, dr. K w i a t k i e w i c z, dr. M a r z e l, dr. R u f f, dr. S a b a t o w s k i, dr. S c h e l l e n b e r g, dr. Ś w i t a l s k i, dr. W a c h n i a n i n, dr. W e k s l e r, dr. W o l f, dr. Z i e l i ń s k i. Do K o m i s j i  r e w i z y j n e j wybrano dra. K o t i e r s a, S c h e l l e n b e r g a i Z a l e w s k i e g o, do Komitetu wykonawczego Kasy ubezpieczeniowej drów A l l e r h a n d a, D o l i ń s k i e g o i M o s z k o w i c z a.

*Papée.*

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.**

W d. 9. IV. odbyło się bardzo liczne konstytuujące Walne Zgromadzenie Towarzystwa higjenicznego, zawiązującego się jako Oddział Tow. higjenicznego warszawskiego. Do zarządu wybrani zostali z lekarzy m. i. dyr. dr. B i e r, b. minister, naczelny lekarz miasta dr. Janiszewski, dyr. wojew. Urzędu zdrowia dr. Momidłowski, prof. dr. Ciechanowski, dr. Sokołowska, dr. Pilecki.

Z początkiem kwietnia odbyło się uroczyste poświęcenie Instytutu dla Curieterapji, założonego przez Towarzystwo udziałowe, a posiadającego po Paryżu największą ilość radu w Europie. W uroczystości uczestniczyli przedstawiciele najwyższych władz, jak wojewoda, prezydjum miasta, X. biskup, liczne grono profesorów uniwersytetu i lekarzy i reprezentanci społeczeństwa, oraz delegaci z Warszawy.

**Warszawa.**

D o r o c z n e  W a l n e  Z e b r a n i e  T o w.  O t o - l a r y n g o l o g i c z n e g o  i III-ci  Z j a z d  P o l s k i c h  O t o l o g ó w  i  L a r y n g o l o g ó w odbędzie się 8 i 9 czerwca b. r. w Warszawie.

Zgodnie z uchwałą II-go Zjazdu referaty programowe wygłoszą następujący referenci:

1) Gruźlica krtani — prof. N o w o t n y (Kraków) i prof. S z m u r ł o (Wilno). Dr. L a s k i e w i c z (Poznań).

2) Gruźlica ucha — Dr. G l a b i s z (Poznań) i Dr. K a r b o w s k i (Warszawa).

Komitet zjazdowy uprasza o natychmiastowe zgłaszanie odczytów na Zjazd. Wysokość wkładki ustalona została dla uczestników Zjazdu w wysokości 10 zł. p. a dla członków rodziny 3 zł. p. Biuro Zjazdu mieści się w lecznicy Dra Czarneckiego Zgoda l. 8. Delegat Komitetu gospodarczego Zjazdu udzielać będzie informacji o zarezerwowanych lokalach dla zamiejscowych Kolegów dn. 7 i 8 czerwca.

**Sprostowanie.** W Nr. 10/11 P. G. Lek. str. 115 w tytule artykułu nazwisko autora ma brzmieć B a u m r i t t e r a nie Baimritter.

***Prosimy o wyrównanie prenumeraty przez P. K. O. (rachunek Nr. 150,500. Czeki załączone do Nr. 10/11).***